

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DÉLIRES AMPHÉTAMINIQUES

Considérations physiopathologiques et médico-légales

PAR

E. MARTIMOR, P. NICOLAS-CHARLES et JEAN DEREUX

L'usage continu pendant des mois d'une amphétamine à haute dose avec une tolérance variable n'est pas rare. D'abord signalé surtout par les médecins légistes (5) chez les toxicomanes privés de leur drogue habituelle pendant la guerre, cet usage semble s'être de plus en plus répandu, surtout depuis qu'à l'ortédrine est venu s'ajouter le maxiton (7), qui semble aujourd'hui avoir la préférence.

Les accidents consécutifs à de tels abus ne peuvent plus être qualifiés de « tout à fait exceptionnels », comme J. Haguenau et W. Aubrun (6) pouvaient encore l'écrire en 1947.

Cependant, les observations publiées de psychoses amphétaminiques sont encore en nombre très restreint. Récemment, J. Delay, P. Pichot et leurs collaborateurs (4) en relevaient une trentaine dans la littérature mondiale. Plusieurs de ces observations soulèvent d'ailleurs le problème d'une psychose préexistante.

Nous croyons donc intéressant d'étudier quelques faits récemment observés, auxquels certaines particularités cliniques et étiologiques confèrent une grande valeur pour l'étude physiopatholo-

gique des délires amphétaminiques. Ils nous permettront aussi de souligner l'acuité du problème médico-légal posé par les amphétamines.

OBSERVATION. — Le D^r H..., 38 ans, est amené à l'Infirmierie spéciale de la préfecture de police sur l'appel d'un pharmacien chez qui il s'est réfugié. Le certificat de placement est rédigé dans les termes suivants :

« Idées délirantes de persécution. On lui envoie des rayons infrarouges. On contrôle toute son activité par des systèmes de miroirs. A placé des bourrelets autour de ses fenêtres pour protéger « l'intimité du cabinet médical ». A été appréhendé alors qu'il sortait de sa voiture, la tête protégée par un imperméable en nylon. Subexcitation intellectuelle. Logorrhée tarissable. Récit diffus mais cohérent. Flou de la pensée. Transposition pseudo-scientifique de phénomènes morbides. Conscience partielle de l'état morbide : notion d'une intoxication au maxiton. » (D^r Trillat).

Dans le service, quarante-huit heures plus tard, on se trouve en face d'un homme de petite taille, amaigri, vieilli, paraissant dix ans de plus que son âge.

Il tient à affirmer tout de suite qu'il a retrouvé son état mental normal. « Il me semble que maintenant j'ai fait le tour de mon intoxication ; je suis désintoxiqué, tout s'écroule depuis l'infra-rouge jusqu'aux jeux de glace. »

Il précise : « Mes hallucinations n'étaient pas de la persécution ; je trouvais que l'on employait des moyens dangereux pour me sauver », et il fournit spontanément une explication pathogénique. « C'est mon esprit qui, pour justifier ses mauvaises habitudes, trouvait que l'on employait des moyens dangereux. » Il reconnaît volontiers qu'il a dû être odieux pour son entourage.

Rapidement, les jours suivants, son état physique s'améliore. Il s'agit d'un petit homme sec, à la parole abondante, toujours accompagnée d'une mimique expressive et souvent de gestes amples, dont les récits ont toujours tendance à devenir diffus, défaut dont il a pleinement conscience.

Biographie. Antécédents. — Médecin, il a travaillé successivement dans des laboratoires de physiologie, de médecine légale, de cancérologie ; finalement, il a obtenu un diplôme d'électro-radiologiste et s'est installé comme tel en province, où il aurait constitué une belle clientèle, tout en gardant le temps de se livrer à de nombreuses activités sportives.

Il y a deux ans et demi, il s'est séparé de sa femme et de ses enfants, a dû alors abandonner son cabinet et est venu s'installer dans la banlieue de Paris, où il pratique la médecine générale. Il vit avec une amie et héberge aussi la sœur de celle-ci. Il souffre de cette situation ambiguë, contraire aux principes selon lesquels il a été éduqué et

auxquels il reste attaché. Il est en outre en proie à de grandes difficultés financières, devant payer une pension alimentaire à sa femme, tandis que son nouveau cabinet ne lui procure pas les mêmes revenus que l'ancien. Enfin, la santé de son amie lui fournit des motifs légitimes d'inquiétude.

Parmi ses *antécédents*, il faut noter qu'il s'est autrefois adonné au *dolosal*, vers 1942, lors d'une période de surmenage, mais qu'il a abandonné de lui-même l'usage du *dolosal* quand cette drogue a été inscrite au tableau B. Il ne se livre jamais à des excès alcooliques et n'use que modérément du café et du tabac.

Divers témoignages le dépeignent comme un sujet intelligent, brillant, mais, selon certains, quelque peu orgueilleux, sûr de lui et admettant parfois difficilement la contradiction, cependant très sociable dans ses relations et très affectueux avec les siens, ne manifestant aucune méfiance pathologique dans la vie quotidienne.

Dans le service, il se révélera communicatif et très liant, ayant un bon contact avec les autres malades. Sans aucun élément paranoïaque ; aimant passionnément échanger des idées sur tout sujet.

L'histoire de la maladie est établie d'après les souvenirs du malade, que corroborent les témoignages de son amie et de plusieurs voisins.

L'intoxication débute au mois de mai 1953 ; pour se « doper », le malade essaie le maxiton ; devant la satisfaction que lui procure la drogue, il ne cessera d'en prendre jusqu'à son internement.

On peut distinguer dans cette évolution trois périodes :

- excitation simple ;
- délire d'interprétation ;
- délire hallucinatoire.

PÉRIODE D'EXCITATION SIMPLE

Posologie et voie. — D'emblée, c'est la voie intra-veineuse qui est utilisée. Tout d'abord, pendant une quinzaine de jours il s'injecte chaque jour deux ampoules de maxiton ordinaire, soit 20 mgr., dose qui lui donne satisfaction. Puis, pour des raisons d'économie, il utilise des ampoules de maxiton fort, mais se laisse alors entraîner par la facilité d'augmenter la dose. Pendant quatre mois environ, celle-ci va être stabilisée à 1/2 ampoule par jour, soit 50 mgr.

Les caractères de l'excitation (effets psychiques de l'injection). — Pendant cette première période, l'effet de la drogue se manifeste sous la forme d'un état d'excitation permanente.

D'une part, *activité incessante*, sous de multiples formes ; qu'il s'agisse de marcher par plaisir, de se plonger sous le capot de sa voiture, de changer l'organisation de son appartement, de recevoir sa clientèle, toutes les heures lui sont bonnes ; son comportement insolite ne manque pas d'attirer l'attention des voisins.

D'autre part, *caractère sélectif* de cette hyperactivité. Il écarte tout

ce qui lui déplait, laisse s'accumuler le courrier et les papiers d'affaires ; s'il peut encore à la rigueur dicter une lettre, il est incapable d'écrire, la plume n'allant pas assez vite. Il écarte avec facilité la pensée de ses nombreux ennuis : « ce n'était pas de l'indifférence, mais rapidement une autre idée chassait celle-là. »

Il ne souffre pas de son *insomnie*, quasi-permanente, entrecoupée de *crises de sommeil profond*, presque comateux, d'où on ne pouvait le tirer que pour quelques brèves paroles, suivies tout de suite d'un invincible rendormissement.

Des *troubles du caractère* apparurent rapidement, source de conflit avec un entourage de formation intellectuelle différente. « Je ne me trouvais bien qu'avec des gens intelligents, quand je pouvais discuter d'égal à égal ; je ne pouvais plus tolérer même la simple médiocrité. »

Il est curieux de signaler que cet état d'excitation ne s'accompagna pas d'un changement des *goûts artistiques* ; en particulier, il gardera un goût fort vif pour la musique classique dont l'audition jouait, dit-il, un rôle de repos compensateur.

Signes physiques associés. — Au point de vue végétatif, outre la bouffée de chaleur des premières minutes qui suivent l'injection, il faut signaler une mydriase permanente et surtout un *amaigrissement* important et une perturbation de l'appétit, avec *faim sélective pour les produits sucrés*, et en particulier des tartines de confitures, dont il se nourrissait tout au long de la journée.

Il n'y eut pas de changement de la *puissance sexuelle*, ni non plus d'élévation de la *tension artérielle*.

Au point de vue sensoriel, il n'y avait ni hyperesthésie, ni hyperacousie ; mais des possibilités de *vision nocturne* se développèrent, *fait important sur lequel nous reviendrons*.

A aucun moment il n'y eut de céphalée.

Il y aurait eu, par contre, augmentation réelle de la *puissance musculaire*, objectivée par divers incidents. *Pas de tremblement* ; surtout, pas de tremblement intentionnel ; ses succès restent les mêmes au tir à la carabine.

ETAT SUBJECTIF

Bien entendu, la sensation de puissance ou, mieux, d'aisance physique et mentale, la facilité d'oubli des situations pénibles, la teinte générale d'euphorie, le poussent à persévérer et à rechercher l'imprégnation permanente. Il y parvient facilement, les effets s'étendant sur une douzaine d'heures, deux injections quotidiennes lui suffisent ; dans l'intervalle, une sensation de fatigue apparaissait parfois, mais était vite calmée par l'ingestion de sucre.

Parfois, cependant, il prenait conscience du caractère désordonné et souvent inefficace de ses activités, de la fuite pathologique de ses idées et qu'il ne s'agissait, selon sa propre expression, que d'une « exaltation des fonctions inférieures de l'esprit ».

Les rares essais spontanés d'arrêt de l'intoxication n'entraînaient pas un *état de besoin* véritable avec manifestations somatiques, mais une sensation de malaise, d'inquiétude, d'une chute dans une vie quotidienne pleine de tracas : « j'avais besoin de ma piqûre pour retrouver mon calme. »

PÉRIODE DÉLIRANTE INTERPRÉTATIVE

Au bout de quatre ou cinq mois, l'intoxication entre dans une deuxième période, caractérisée par la persistance de l'excitation et par l'apparition d'interprétations délirantes, évoluant par épisodes successifs.

En outre, le malade cherche à retrouver son euphorie dans l'augmentation des doses de toxique et atteindra, dans l'hiver 1953-1954, la dose de 5 ampoules de *maxiton fort* par jour, soit 500 mgr. en injections intraveineuses, tandis que progressent les troubles psychotiques.

Le premier épisode dure environ un mois. Il a l'impression que ses voisins l'épient, lui sont hostiles et cherchent à lui nuire ; il ne leur attribue alors aucun motif mais croit à la réalité de la persécution, donne des interprétations délirantes des paroles qu'il entend, des mimiques qu'il observe et se manifeste de plus en plus irritable.

Sa famille fait appel à un confrère, auquel il avoue son intoxication et qui lui explique alors la nature morbide des troubles qu'il ressent. Le malade se laisse convaincre et critique son délire qui s'effondre, mais il poursuit l'absorption de toxique.

Néanmoins, il ne s'agit que d'une accalmie passagère, et sur divers incidents il bâtit à nouveau toute une série d'interprétations délirantes. Mais, fait capital, dans son excitation, il cherche à accumuler les preuves scientifiques et à résoudre tous les problèmes posés par les persécutions qu'il croit subir ; il finit ainsi par se convaincre lui-même de leur inanité. C'est ainsi qu'un jour il perçoit des éclats lumineux dans son cabinet ; il croit d'abord à une farce d'un enfant qui joue avec une glace ; mais en réfléchissant il se persuade bientôt qu'on a monté en réalité tout un appareil d'optique pour le surveiller et voir s'il se pique ou non. Il passe alors plusieurs jours à changer la disposition des meubles, à installer de nouveaux rideaux et enfin à passer les vitres à la peinture blanche. Puis il passe à la contre-attaque et installe lui-même un jeu de miroirs pour chercher à surprendre ceux qui l'épient. Il vérifie ainsi que l'on peut regarder facilement d'un appartement à l'autre, mais, par contre, il ne décèle jamais aucune activité suspecte des voisins et finit par admettre qu'il s'est trompé.

De la même façon, le bourdonnement d'un appareil de T.S.F., de l'autre côté de la cloison, trop faible pour être perçu distinctement, finit par lui paraître suspect. Ce sont les voisins qui le surveillent et qui enregistrent leurs remarques sur un magnétophone. Il en vient à se procurer lui-même un magnétophone pour enregistrer ce bourdon-

nement puis fait repasser le ruban devant un amplificateur, qui ne lui restitue qu'une banale émission ; il abandonne alors à nouveau son interprétation.

A côté de tels phénomènes épisodiques, il construit de façon beaucoup plus insidieuse un délire d'abandon vis-à-vis de son amie. Admettant qu'il est intoxiqué et délirant, il requiert d'elle une protection et lui reproche de ne pas l'empêcher de se droguer. Il lui ordonne de lui « faire les poches » et, lorsqu'elle obéit, il va naturellement chez le pharmacien. Il en résulte des scènes extrêmement violentes. Il est renforcé dans son délire par le fait qu'à chaque épisode illusionnel, au lieu de combattre l'interprétation délirante, elle nie maladroitement le fait même qui lui a servi de point de départ.

Dans l'intention de ne pas le heurter, son entourage le fait vivre ainsi dans un climat de mensonge perpétuel au sujet des menus incidents de la vie quotidienne.

Une double réaction s'ébauche alors :

d'une part, *attitude d'isolement*, entretenue aussi par des idées d'*indignité*, un sentiment de *déchéance* ; il évite le regard des passants, ne salue plus les personnes de connaissance ; il pousse cette attitude jusqu'à plusieurs épisodes de *claustration* dans son cabinet ;

d'autre part, recherche d'une motivation à l'attitude d'abandon qu'il prête à son amie ; des *idées de jalousie* apparaissent tardivement et brusquement, associées à de nombreuses interprétations ; il y a alors un *délire très systématisé de jalousie* qui va s'effondrer en quelques jours, critiqué par le malade lui-même.

Pendant toute cette période, il n'y a pas de sensations anormales ou d'interprétations délirantes, tactiles, olfactives ou gustatives ; il y a persistance de la nyctalopsie, comme de toutes les manifestations de la première période.

DÉLIRE HALLUCINATOIRE

Après plusieurs mois d'évolution, caractérisés en résumé par un fond permanent d'idées d'abandon de la part de ses proches, idées intriquées à ses propres sentiments d'indignité, et auxquelles s'associent périodiquement des bouffées interprétatives diverses, le délire va prendre une forme hallucinatoire chronique avec reviviscence des thèmes anciens qui avaient été critiqués. Fait remarquable, cette période correspond à une diminution de la dose du toxique, le malade ne s'administrant plus qu'une moyenne de deux ampoules de maxiton fort par jour, soit 200 mgr.

Au premier plan du tableau clinique, on trouve des *hallucinations visuelles* : il voit de plus en plus souvent des lueurs rouge sombre dans sa maison et dans le voisinage. Il « comprend » rapidement qu'il s'agit de rayons infra-rouges et finit par conclure qu'on le vise, non sans doute pour le persécuter, mais avec l'intention de le soigner malgré lui. Il prend peur à l'idée que ces rayons peuvent être maniés

imprudemment ; précisément, il souffre à ce moment d'une conjonctivite banale, aussitôt interprétée comme un premier signe de radio-dermite.

En même temps, reparaissent toutes les idées de surveillance dont il serait l'objet, et s'exacerbent les idées d'abandon de la part de son amie, qui refuse d'entrer dans son délire.

Finalement, dans un sursaut de volonté, il réussit à se priver de drogue pendant 48 heures. Les phénomènes hallucinatoires n'en persistent pas moins et il y voit la preuve définitive qu'il s'agit bien d'un phénomène exogène réel qui le vise lui. Pour éviter à son entourage les conséquences du rayonnement, il s'enfuit en voiture chercher protection à Paris ; là, pour dominer son anxiété, il s'injecte une dernière ampoule ; cette injection est suivie aussitôt d'une poussée hallucinatoire, qui lui fait chercher refuge chez un pharmacien, où la police alertée viendra le chercher.

Deux jours plus tard, c'est-à-dire après quatre jours de sevrage, si l'on excepte la dernière ampoule, *les hallucinations et les idées délirantes avaient complètement disparu* ; seule persistait une légère « nervosité », faite d'excitation et d'inquiétude, qui s'effaçait d'eux rapidement.

Remarques

Cette observation nous paraît appeler quelques remarques.

Nous n'insisterons ni sur les manifestations végétatives et somatiques banales, ni sur les circonstances occasionnelles qui ont amené le malade à se droguer, ni sur les antécédents toxicomaniaques fréquemment rencontrés en de tels cas.

Le point qui nous semble capital, dans notre cas comme dans un certain nombre d'autres, est la *cessation extrêmement rapide des phénomènes délirants*, en trois ou quatre jours après le sevrage brutal, sevrage qui d'ailleurs n'a entraîné aucun état de besoin.

Cette rapidité de la *restitutio ad integrum* après une évolution de plusieurs mois nous semble bien montrer que les troubles psychotiques de l'intoxication amphotaminique n'ont, dans certains cas tout au moins, pas d'autre profondeur que celle du terrain sur lequel elle est survenue ; nous trouvons à l'appui de cette conception l'opinion de plusieurs auteurs tels P. O'Flanagan (9), qui estime que « l'amphétamine ne provoque pas de psychose définie, mais accentue et active les lignes prépsychotiques de la personnalité ». Nous allons essayer d'analyser en détail cette exagération de la personnalité prémorbide et comment elle a pu conduire au délire.

Le terrain, dans ce cas privilégié, est très caractéristique : vivacité et mobilité physique et intellectuelle, activités et contacts multiples au cours de sa vie ; ce malade présente l'habitus attribué ordinairement à la *sympathicotonie*, dont certains auteurs avec Paul Abély (1) font la condition nécessaire à l'éclosion d'une psychose amphétaminique.

La première partie de l'intoxication, phase d'excitation pure, avec son hyperactivité multiforme, le caractère désordonné et inefficace de cette activité, l'insomnie, les troubles du caractère, la fuite légère des idées, évoque les manifestations atténuées de la série maniaque.

Il faut néanmoins noter, au milieu d'un comportement insolite, l'absence de toute fantaisie se plaçant aux frontières de la décence ou de la morale, si fréquente chez les hypomaniaques vrais, et surtout la *qualité spéciale de l'euphorie*, faite, non d'une modification profonde de l'humeur, mais essentiellement de l'oubli des situations pénibles. Il ne s'agit donc pas, à *proprement parler*, d'hypomanie, mais de la simple exaltation des seules composantes de l'excitation dite sympathicotonique.

La persistance de l'esthésie morale explique d'ailleurs, au fur et à mesure que l'intoxication progresse, l'apparition d'idées légitimes d'indignité que l'excitation n'arrivait pas à chasser tout le temps. Parallèlement, l'euphorie artificielle de la drogue ne pouvait pallier totalement l'anxiété préexistante, aggravée par la conscience intermittente d'être lancé dans une aventure à l'issue incertaine.

On peut se demander si alors, dans ces conditions psychologiques, il n'y a pas une *inversion partielle des effets de la drogue* aboutissant à remplacer l'action euphorisante par une libération des éléments anxiogènes, selon un mécanisme analogue, toutes proportions gardées, à celui qui est mis à profit dans le choc amphétaminique.

Il ne s'agit là que d'une hypothèse, et d'une hypothèse avancée sur la considération d'un seul cas, mais elle expliquerait assez bien l'éclosion d'un premier délire à thème de persécution chez ce malade, dont il est légitime d'admettre qu'il « attendait », en quelque sorte, une « punition », et qu'il l'attendait de plus en plus fortement au fur et à mesure qu'il s'enfonçait dans son intoxication, les réactions légitimes du voisinage fournissant le prétexte déclenchant.

Néanmoins, il est remarquable que ce délire ait été transitoire, comme ceux qui l'ont suivi, jusqu'à l'apparition des troubles

visuels. C'est sans doute ici que prennent toute leur importance d'autres éléments du terrain sur lequel s'est développée la psychose. L'absence de méfiance, de rigidité véritable, de paralogisme, de tout élément paranoïaque enfin, la possession, au contraire, d'un esprit ouvert et souple, avec une finesse réelle, associée à la mobilité des idées, permettent difficilement à une systématisation délirante de s'enraciner.

Ainsi s'explique l'efficacité d'une thérapeutique par simple persuasion raisonnée qui fut alors pratiquée. Par contre, la reconnaissance même du caractère pathologique des idées délirantes ne pouvait que renforcer l'anxiété du malade devant la gravité de l'intoxication et ses sentiments de culpabilité, y ajoutant l'idée qu'il était un objet de curiosité et peut-être d'inquiétude pour ses voisins.

Ainsi s'expliquerait cette longue période oscillante, faite de multiples délires de surveillance qui s'effondraient tour à tour comme le premier, d'autant que l'hyperactivité du malade le conduisait à trouver lui-même les arguments de critique, et qui renaissaient au moindre prétexte sous l'effet de la tension anxieuse.

Il faut faire une place à part aux idées d'abandon que le malade bâtit à l'égard de son amie, idées qui étaient moins critiquées. Il semble bien qu'il y ait tout de même eu là un mécanisme projectif, et qu'il l'accusait d'autant plus de l'abandonner qu'il s'abandonnait lui-même et fuyait le sevrage.

Ce processus de mauvaise foi devait d'ailleurs devenir parfois conscient car, dès le premier jour dans le service, il nous expliquait lui-même que ces idées étaient l'expression de la lutte entre la partie bonne de son moi qui voulait se traiter et la partie mauvaise qui s'accrochait à tous les prétextes pour refuser le traitement.

La place privilégiée que son amie occupait dans sa vie affective, tandis qu'elle était à la fois le témoin quotidien de sa maladie et son plus solide lien avec le monde des gens normaux, celui dont il était en droit d'attendre le plus de secours, explique néanmoins suffisamment qu'il n'ait pu avoir pour elle la même capacité critique qu'envers des tiers.

Il est encore remarquable que pendant toute cette période il n'y ait pas eu chez ce délirant de projection sensorielle ; il n'a jamais vu, ni entendu ses persécuteurs ou ses surveillants. C'est au contraire à partir de vérifications multiples, en se fiant à ses sens, qu'il a pu à plusieurs reprises critiquer lui-même des interprétations délirantes.

La troisième période, celle du délire hallucinatoire avec vision de rayons infra-rouges, nous semble en effet de même nature que la précédente ; la chute du pouvoir critique est, à notre avis, liée avant tout à la défaillance sensorielle.

L'existence de troubles sensoriels primitifs, interprétés secondairement de façon délirante, est bien connue en ce qui concerne les troubles cutanés depuis les observations de J.-E. Staehelin (11) en Suisse, de J. Haguénau et W. Aubrun (6) en France ; ces troubles sont l'un des nombreux points qui rapprochent les intoxications amphétaminiques des intoxications pour la cocaïne.

Les phénomènes visuels primitifs semblent moins fréquents ; cependant, F. Kalus (8) aurait signalé des visions lilliputiennes pouvant apparaître longtemps avant les véritables hallucinations et sans aucun trouble de la conscience. Chez notre malade, l'altération de l'appareil visuel était latente depuis plusieurs mois, la première modification s'étant manifestée sous la forme bénéfique d'une nyctalopie. Plus tard, il y a bien eu d'abord vision de lueurs rouges qui n'ont fait pendant quelques jours l'objet d'aucune interprétation ; si cette période a été très brève, c'est que le malade était déjà depuis longtemps « interprétant » ; en fait, cette interprétation délirante s'est construite à partir d'une donnée somatique dans les mêmes délais que s'étaient construites les précédentes à partir de données empruntées au monde extérieur.

Ajoutons qu'une circonstance particulière, sous forme d'une anomalie ophtalmologique, permettrait d'interpréter du rouge sombre comme de l'infra-rouge ; une extension réelle de son spectre de visibilité vers les grandes longueurs d'onde aurait été vérifiée autrefois au laboratoire de physique de la faculté ; il verrait réellement une partie, faible sans doute, du spectre infra-rouge. Nous regrettons de n'avoir pu vérifier le phénomène ; mais le plus regrettable évidemment est qu'une étude physique précise de l'excitabilité rétinienne n'ait pas été faite pendant l'intoxication.

Quoi qu'il en soit, notre malade perdait le point d'appui sensoriel qui lui avait permis précédemment diverses rectifications, tandis que la sensation visuelle pathologique se répétait d'innombrables fois dans la journée au milieu d'un climat d'anxiété qui croissait avec le temps.

Nous soulignons que rien ne permet de penser à l'existence d'éléments confusionnels à ce stade de la psychose. Tout témoigne que l'orientation du malade était parfaitement correcte et il a gardé de cette période des souvenirs convenablement précis.

En résumé, l'essentiel du délire chez notre malade nous semble avoir été une *structure interprétative* remarquable par sa labilité pendant plusieurs mois après son installation, et que seule l'apparition de troubles sensoriels, directement provoqués par la drogue, a pu transformer en délire hallucinatoire, délire qui s'est néanmoins effondré quasi instantanément lors du sevrage, effondrement à la fois du processus et des convictions antérieures.

Cet effondrement total nous paraît un argument de poids pour écarter l'idée d'une structure psychotique préexistante révélée par l'amphétamine. Nous trouvons une confirmation de ce point de vue dans une très récente note de A. Chapmann (3) qui, lui aussi, bien qu'avec prudence, lie l'évolution transitoire ou chronique de la psychose à ce qu'il appelle la « personnalité de base » du malade, qui tantôt serait subnormale et tantôt présenterait une tendance aux mécanismes projectifs. Dans le cadre de la distinction proposée, peu avant, par J. Delay et P. Pichot (4), il s'agirait bien, pour notre malade, d'un délire amphétaminique vrai ; la structure de ce délire nous paraît découler, sinon exclusivement, du moins essentiellement, des traits antérieurs du caractère et de la situation conflictuelle dans laquelle sa toxicomanie a plongé le malade.

Nous pensons donc pouvoir porter un excellent pronostic sur son avenir mental, réserve faite d'une rechute dans une nouvelle intoxication.

Il n'en reste pas moins que nous sommes obligés de dénoncer, après bien d'autres, comme ici-même H. Baruk et J. Joubert (2), les dangers des amphétamines.

Plusieurs auteurs ont souligné qu'il n'y a pas d'asservissement comparable à celui que provoque la morphine. P. H. Knapp, par exemple (9), va jusqu'à dire qu'il s'agit essentiellement d'une habitude ; il admet néanmoins la possibilité de rares cas de toxicomanie véritables. Cette observation montre à la fois la facilité, l'innocuité et le succès spectaculaire du sevrage imposé, et l'impossibilité pour le malade d'opérer ce sevrage lui-même.

D'autre part, la possibilité de se procurer facilement de tels médicaments, dont le grand public connaît de plus en plus les propriétés toniques, crée un danger permanent pour des individus atteints de troubles mentaux encore discrets.

Nous avons observé à la même époque un malade, à cet égard typique.

OBSERVATION. — L..., 29 ans, actuellement sans profession, autrefois dessinateur industriel, a un passé de schizoïdie accentuée avec baisse progressive de l'élan vital, autodidactisme à orientation philosophique et, depuis deux ans, abandon de la profession et apragmatisme complet. Il a présenté déjà quelques hallucinations dont il reconnaissait vite le caractère morbide et n'a jamais déliré. Le 19 août, à la suite d'une rebuffade, il absorbe en quelques heures une demi-bouteille de vin et une cinquantaine de comprimés d'ortédrine, qu'il se procure sans ordonnance dans diverses pharmacies, au hasard de sa route ; il en résulte une bouffée délirante, qui amène son internement.

Le certificat de l'Infirmier porte : « Etat paranoïde probable. S'est rendu au commissariat dans un état d'extrême agitation anxieuse... Discours très décousus, voire incohérents, mais d'où il ressort qu'il est halluciné, ne cesse d'entendre des injures, des accusations, des menaces... Reproduit aussi tout un dialogue hallucinatoire, commentant injurieusement ses propres pensées. »

Quatre jours plus tard, dans le service on note encore un syndrome d'automatisme mental net avec hallucinations psychiques et écho de la pensée. La disparition des phénomènes hallucinatoires et de l'anxiété ne sera notée que le 28 août, neuf jours après l'intoxication et après diverses thérapeutiques.

A l'heure actuelle, après deux mois d'observation, aucune rechute délirante ne s'est produite ; le fond de schizophrénie fruste n'est que médiocrement amélioré, mais il ne s'agit que de troubles compatibles avec la vie au dehors et le malade a pu être rendu à sa famille.

Commentaires

L'influence déclenchante de l'ortédrine ne nous paraît pas faire de doute. Chez ce malade, le processus hétérophrénique était déjà assez avancé et l'on conçoit que 250 milligrammes d'ortédrine aient suffi à provoquer l'explosion hallucinatoire et délirante qui a été observée ; mais remarquable aussi est la durée relativement longue des troubles après l'arrêt des prises : neuf jours pour une seule journée d'intoxication ; encore cette évolution a-t-elle sans doute été écourtée par la thérapeutique (neuroplégiques, puis électrochocs) mise en œuvre.

Notre deuxième malade représente aussi à nos yeux un cas extrême, au bout d'une gamme d'états psychopathiques d'intensités diverses, qui nécessitent, pour se transformer en états psychotiques francs, une intoxication d'autant moins prolongée qu'ils sont primitivement plus accentués. A l'autre bout, il faudrait peut-être ranger certaines éclosions d'automatisme mental ne survenant qu'après des mois ou des années d'intoxication et dis-

paraissant après quelques jours de sevrage, tel le premier malade de G. Heuyer et S. Lebovici (7).

Si nous pensons que l'étude de la personnalité prépsychotique pourrait être l'élément fondamental de toute compréhension physiopathologique d'un cas de psychose amphotaminique, nous pensons aussi que la compréhension de ces psychoses en général bénéficierait de l'étude comparative d'une catégorie bien plus nombreuse de malades, celle des intoxiqués non délirants, étude d'ailleurs souvent bien plus difficile. Nous regrettons pour notre part de n'avoir pu observer à loisir un troisième malade qui s'injecta, pendant des mois, des doses encore plus considérables de maxiton fort, atteignant couramment douze ampoules (1.200 milligrammes) par jour, sans présenter autre chose que des troubles caractériels dont les manifestations finirent un jour par entraîner une inculpation et une expertise médico-légale ; malgré la brièveté de nos contacts avec lui, nous ne croyons pas nous avancer imprudemment en affirmant qu'il s'agit d'un individu aux fonctions intellectuelles normales, mais « épais », d'un amoralisme frappant, avec une assez solide indifférence aux condamnations dont il avait déjà été frappé et dont il était encore menacé. Il offrait donc avec notre premier malade le plus net contraste possible ; cette double opposition, quant au terrain et aux conséquences de l'intoxication, était d'autant plus intéressante qu'il s'agissait d'un homme de même formation intellectuelle, médecin lui aussi, et en proie à des difficultés familiales et professionnelles analogues jusque dans leurs détails.

On ne peut nier maintenant que la possibilité, laissée par les errements actuels, de consommer abusivement des dérivés amphotaminiques, peut être responsable de véritables psychoses chez des gens normaux ou rendre nécessaire d'interner des malades qui pouvaient vivre en liberté ; les voies d'entrée dans l'intoxication sont assez nombreuses et l'on peut schématiquement les répartir en trois groupes.

Dans une première série de cas, un traitement est prescrit pour des raisons strictement neurologiques, telles que parkinsonisme, narcolepsie, cataplexie... Même dans ces cas, le risque d'intoxication grave, pour faible qu'il soit, existe ; un des malades de A. Chapmann (3) recevait 10 à 30 milligrammes de benzédrine par jour pour combattre une narcolepsie et aboutit, après quatre ans, à un syndrome d'influence avec hallucinations auditives et délire de persécution systématisé qui disparut après le sevrage. Il convient donc, même dans les indications purement neurologi-

ques, de surveiller étroitement l'application d'un traitement de longue durée et de ne pas permettre que le malade le prolonge de soi-même.

Dans une deuxième série de cas, l'indication est neuro-psychiatrique ; le traitement est institué pour combattre des troubles généraux comme la fatigue, ou des troubles végétatifs comme un appétit excessif, ou des troubles psychiques purs comme des obsessions ; malheureusement, il s'agit souvent alors de sujets qui présentent un terrain plus favorable à un certain degré d'asservissement à la drogue. Le médecin risque involontairement d'être leur initiateur dans une intoxication où ils ne seraient pas tombés d'eux-mêmes ; d'autre part, il est grave de les priver du bénéfice d'un traitement qui apporte souvent un gros soulagement à des troubles fonctionnels pénibles ; c'est dire la difficulté du problème posé, qui doit être résolu pour chaque individu, et la nécessité impérieuse d'un contrôle médical fréquent qui serait indispensable pour renouveler la délivrance du médicament.

Une troisième série de cas, assez hétérogène, rassemble tous les malades qui s'administrent eux-mêmes la drogue à leur convenance. Il en existe d'innombrables variétés, depuis l'individu subnormal qui, ayant pris du maxiton pour « tenir le coup » dans une période de surmenage qu'il ne peut éviter, reste adonné à la drogue, jusqu'au malade mental, névrosé ou schizophrène plus ou moins déclaré, qui se livre à une absorption, souvent passive et prolongée, par laquelle il trouve un certain répit à ses troubles subjectifs, répit éphémère et illusoire puisque souvent les amphétamines donnent un coup de fouet à l'évolution de la psychose.

L'inscription, actuellement réalisée, du maxiton et de l'ortédrine au tableau C se révèle trop peu efficace ; d'une part, notre malade L... en est un exemple ; on sait que nombre de pharmaciens, transgressant la loi, délivrent sans ordonnance certains produits de ce tableau ; d'autre part, même s'il y a ordonnance, celle-ci est renouvelable, hormis le cas où le médecin y ferait opposition par écrit ; cette opposition est toujours délicate à formuler en raison de la défiance qu'elle implique à l'égard du malade. Inversement, la délivrance des amphétamines ne semble pas, à l'heure actuelle, nécessiter une réglementation aussi draconienne que celle qui régit les stupéfiants ; elle ne constitue pas, en particulier, un problème international, et l'Organisation mondiale de la santé, en 1953, a considéré que ce problème, comme celui des barbituriques, devait être résolu à l'échelon national ;

l'inscription au tableau B, mesure héroïque, peut ainsi, à première vue, paraître sans proportion avec les dangers courus. Il faudrait pourtant obtenir l'application des règles suivantes : limitation de la dose quotidienne, limitation de doses délivrées avec une seule ordonnance et surtout contrôle rigoureux de l'application de la loi ; nous sommes alors bien proches du tableau B. Si, par souci de simplicité, on ne veut pas introduire un nouveau mode de délivrance, la solution pourrait peut-être se trouver dans une réglementation différente selon la voie d'administration : tableau B pour les formes injectables qui permettent d'atteindre facilement de hautes doses et dont le champ d'utilisation est plus restreint ; tableau A pour les formes administrées par voie buccale ; ces dernières formes seraient même laissées au tableau C dans les cas où la substance active serait additionnée d'un émétique interdisant la prise d'une dose trop forte ; on sait que cette association permet actuellement la délivrance facile de certains opiacés, tels la classique poudre de Dover, et qu'elle a aussi été préconisée par divers auteurs pour la délivrance des barbituriques.

Il faut enfin souligner le lourd tribut que paie le corps médical à cette intoxication, et c'est un des avantages du tableau B, dans son état actuel surtout, que de protéger efficacement, sinon tous, du moins nombre de médecins contre eux-mêmes. Notre malade H... avait renoncé au dolosal lors de son inscription à ce tableau. Il ne faut d'ailleurs pas sous-estimer les effets psychologiques que produit l'inscription au tableau B ; effet d'intimidation dû à toute l'auréole dont il est entouré avec les mots redoutables qu'il évoque : drogue, morphinomanie, déchéance ; effet d'information objective, d'autant moins à négliger qu'à l'heure actuelle beaucoup de médecins et plus encore de pharmaciens, ne sont pas suffisamment prévenus des dangers que peuvent parfois présenter les dérivés amphétaminiques ; si la notion de l'intoxication chronique et de ses complications était plus répandue, le nombre des accidents serait peut-être moins grand.

Il n'y a plus à faire l'éloge des dérivés de l'amphétamine et du progrès thérapeutique qu'ils ont constitués. Ce sont des produits maintenant classiques. Mais une réglementation beaucoup plus sévère de leur délivrance, qui a été demandée à plusieurs reprises dans divers pays, est un problème d'actualité auquel il devient de plus en plus urgent d'apporter une solution.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABÉLY (P.). — Discussion à la Société médico-psychologique à la suite de la communication de C. Pottier, R. Georgelin et H. du Couëdic. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1953, page 223.
 2. BARUK (H.) et JOUBERT (J.). — Dangers des amphétamines : toxicomanies et délires hallucinatoires ortédriniques. *Annales médico-psychologiques*, mars 1953.
 3. CHAPMANN (A.). — Paranoïd Psychoses associated with Amphetamine usage. A clinical note. *The Am. J. of Psychiatry*, juillet 1954, p. 43-45.
 4. DELAY (J.), PICHOT (P.), LEMPÉRIÈRE (Th.) et SADOUD (R.). — Psychoses amphetaminiques et pseudo-psychoses amphetaminiques. *Annales médico-psychologiques*, juin 1954.
 5. DÉROBERT (L.). — Intoxication chronique par l'ortédrine. Société de médecine légale, 9-12-1946, in *Annales de médecine légale*, 1947, p. 83.
 6. HAGUENAU (J.) et AUBRUN (W.). — Société de neurologie, 6-2-1947, in *Revue de neurologie*, 1947, p. 129-131.
 7. HEUYER (G.) et LEROVICI (S.). — Une nouvelle toxicomanie, le maxiton. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1950.
 8. KALUS (F.). — Ueber die psychotischen. Bilder bei chronischem Pervitinmissbrauch, 1950, d'après l'analyse de Travaglino. *Excerpta Medica*, 1950.
 9. KNAPP (P. H.). — Amphetamine and addiction. *J. of Nerv. and Ment. Diseases*, 1952, vol. 115, p. 406-432.
 10. O'FLANAGAN (P.) et TAYLOR (R.). — A case of recurrent Psychosis associated with Amphetamine addiction. *J. of Ment. Sc.*, 1950, p. 1033-1036.
 11. STAHELIN (J.-E.). — Pervitin-Psychose. *Zeitschrift für Neur. und Psych.*, 1941, vol. 173, p. 598-620.
-

ANOREXIE MENTALE, MALADIE DE SIMMONDS

MALADIE DE SHEEHAN

PAR

P. LÔO (de La Charité-sur-Loire)

La notion de maladie de Simmonds est encore bien ambiguë et sa distinction avec la maladie de Sheehan, mais surtout avec l'anorexie mentale, toujours bien imprécise.

Le problème ne fut point résolu au congrès de Montpellier (1) où le doyen Giraud illustra d'exemples personnels la confusion des esprits : « Pour ma part, dit-il, depuis quelques années, j'ai été mis en présence, comme tout le monde, de plusieurs de ces beaux cas de maladie de Simmonds, comportant toute la symptomatologie de cette maladie ; j'y ai cru. Or, ce sont ceux qui m'ont fourni les plus sensationnels succès, par la cure d'isolement bien surveillée, alors que les traitements opothérapiques, même très poussés, n'avaient donné que des résultats légers ou nuls... » (2).

Un esprit moins éclectique n'eût point traité ces maladies de Simmonds présumées comme des anorexies mentales, et, logique dans son erreur, eût attendu le dénouement fatal du Simmonds.

Habituellement, en présence d'une malade maigre et anorexique, l'anorexie mentale est d'abord mise en cause ; si la cachexie est marquée, on soupçonne une maladie de Simmonds ; en cas de décès, on considère la preuve comme faite.

Cette conception conformiste et empirique fut, dans le passé, nuancée de syndromes peut-être fantaisistes : cachexie hypophysaire de Pende, syndrome de Bickel, où les errements cliniques sont conditionnés en premier lieu par la maigreur.

Mais la maigreur est-elle un syndrome hypophysaire ? Il semble bien que tout le chapitre des « maigreurs hypophysaires »,

(1) Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XLIII^e session, Montpellier, 28-29-30 octobre 1942.

(2) Comptes rendus congrès de Montpellier de 1942, pages 49 à 62.

qui concurrence de façon si abusive l'anorexie mentale, doit être aujourd'hui révisé, sinon oublié.

La distinction entre le Simmonds et la maladie de Sheehan s'est par contre doctrinalement précisée : cette dernière se différenciant de la première par son étiologie de *post-partum* ; mais il est à noter cependant que le cas princeps de Simmonds se réfère à une forme consécutive à un accouchement.

On peut donc se demander ce qui sépare ces deux variétés de panhypopituitarisme primitif.

Mais nous proposons d'abord de distinguer l'anorexie mentale du panhypopituitarisme (Sheehan ou Simmonds).

Cette distinction se dégage d'elle-même, d'une simple confrontation de ces états pathologiques aujourd'hui nettement caractérisés.

Si tout psychiatre est familiarisé avec l'anorexie mentale, ses circonstances d'apparition, son ambiance psychologique particulière, nous croyons utile de préciser le panhypopituitarisme en prenant comme type la maladie de Sheehan, d'après les analyses cliniques et la mise au point récentes de M. Sheehan (1), que peuvent authentifier par ailleurs les tests biologiques.

Nous envisagerons ensuite cette autre forme « mythique », peut-être, de l'hypopituitarisme que serait la maladie de Simmonds.

Mais soulignons d'abord une cause de confusion, elle réside dans le fait qu'une carence alimentaire (celle de l'anorexie mentale en particulier) retentit sur l'hypophyse et, par elle, sur les autres glandes endocrines : ovaires (aménorrhée, frigidité), thyroïde (abaissement du métabolisme basal), surrénales (hypotension), et par un mécanisme moins précis sur le taux du sucre (hypoglycémie).

C'est là un hypopituitarisme secondaire, habituellement réversible, partiellement sensible aux traitements hormonaux, dont les camps de concentration nous ont donné de nombreux exemples.

Toute restriction alimentaire retentit sur l'hypophyse, car celle-ci a besoin de protéines pour sécréter ses stimulines, mais cette restriction alimentaire entraîne aussi la maigreur.

Hypopituitarisme et maigreur ont ainsi une coexistence fortuite, coexistence constatée par Simmonds, mais on fit de la maigreur une conséquence de l'hypopituitarisme.

(1) *Semaine endocrinologique*, 21 au 26 juin 1954, hôpital Laënnec, service du Dr Albeaux-Fernet.

Bientôt, la maigreur devint le symptôme principal de l'hypopituitarisme et l'anorexie mentale, accompagnée de cachexie, une maladie de Simmonds.

Il convient donc de préciser l'hypopituitarisme.

Nous prendrons comme type la maladie de Sheehan, aujourd'hui bien individualisée, traitée, vérifiée par les tests biologiques et les autopsies.

Ce syndrome présente d'ailleurs pour les psychiatres un intérêt particulier par ses aspects psychiques, pouvant prêter à confusion avec des syndromes dépressifs banaux ou dissociatifs et donner lieu à catastrophes par certains traitements habituels, ici redoutables : l'insuline, même à très faible dose.

La maladie de Sheehan est un panhypopituitarisme dû à une nécrose hypophysaire consécutive au *post-partum* dont le retentissement est endocrinien et psychique.

Une des premières manifestations en est habituellement le manque de sécrétion lactée, mais le contour du sein reste inchangé, car, s'il y a atrophie histologique de la glande, le tissu fibreux et adipeux est conservé ; le mamelon et l'aréole sont pâles.

On a de l'aménorrhée, de la stérilité avec atrophie du tractus génital (utérus petit et vulve de vieille femme), par manque d'œstrogènes.

Les poils pubiens et axillaires tombent par insuffisance du cortex surrénal.

La peau est pâle, sèche, même aux aisselles (car les glandes sudoripares sont atrophiées) ; elle présente une légère desquamation farineuse qui n'est pas l'écaillement du myxœdème.

Le faciès est blanc, non par absence de pigments, mais par manque de la rougeur capillaire normale des joues. Souvent, on trouve un léger œdème de la base du nez.

C'est une erreur, dit Sheehan, de dire que ces femmes perdent leurs dents, que la peau est ridée ; il y aurait plutôt moins de rides. Et, ajoute-t-il, il n'y a *ni maigreur, ni cachexie*.

A noter une frilosité marquée.

Au point de vue psychique de l'asthénie, une paresse extrême allant jusqu'à l'inertie, une expression de torpeur, la parole est lente et monotone, la voix basse et douce, le dos rond. La libido disparaît, ainsi que la pudeur. La mémoire est mauvaise.

Parfois, il y a de brefs épisodes de dépression ou de délire de persécution.

Le désintérêt, l'indifférence de ces sujets lassent ou exaspèrent la famille. Lorsqu'on pressent celle-ci pour une autorisation d'autopsie, elle répond : « Hurrah ! » (Sheehan).

A noter la sensibilité extrême de ces malades à l'insuline, aux anesthésiques, à la morphine et même aux barbituriques et sédatifs qui sont ici très dangereux.

La durée d'évolution est variable : de 2 à 3 ans, parfois 20 ans ; la moyenne est 10 ans.

La maladie de Sheehan se termine souvent par un coma hypoglycémique, précédé parfois de confusion mentale à forme agitée ou stuporeuse, parfois de convulsions.

On peut avoir divers types de comas, souvent avec contractures et hypoglycémie sérieuse ; ils peuvent guérir après deux ou trois jours, mais il y a danger de récurrence (tous les 6 à 12 mois environ), à moins de médication permanente et continue.

La mort survient, soit au cours du coma, soit par maladie intercurrente, parfois par broncho-pneumonie donnant peu de symptômes, évoluant par exemple sans fièvre.

Mais ce panhypopituitarisme, bien défini cliniquement, peut faire ses preuves biologiques par des tests spéciaux.

Pour l'hypophyse (la selle turcique est normale à la radio), on pourra apprécier l'activité de diverses hormones à l'aide de dosages ou de tests spéciaux : somatotrophine (S.T.H.), corticotrophine (A.C.T.H.), lactotrophine (L.T.), thyroestimuline (T.S.H.), gonadotrophine (F.S.H.) (dont le débit est nul), hormone lutéinisante (L.H. ou L.C.S.H.).

Pour les ovaires et l'utérus : par l'aspect des organes, les sécrétions vaginales, l'absence de glycogène dans le vagin, le curetage de l'utérus, qui montrent l'absence des œstrogènes en cas d'hypopituitarisme.

Pour la thyroïde : le métabolisme, le cholestérol, l'iodémie protéique.

Pour la surrénale : l'étude des électrolytes, le test de Thorn, hypoglycémie provoquée, test au glucose intraveineux, dosage des 17-cétostéroïdes dont le taux est très bas.

A l'encontre des notions classiques, la tension artérielle n'est pas basse, mais à peu près normale : 11 à 13, mais elle peut tomber très bas au cours des comas.

L'hypopituitarisme peut bénéficier d'un traitement à l'A.C.T.H., mais qui n'est pas sans inconvénients.

On peut utiliser les hormones thyroïdiennes, mais sans résultats marqués.

La testostérone donne souvent une amélioration notable, mais c'est la cortisone par la bouche, à 25 mgr. par jour, continuée ensuite à raison de 12 mgr., qui donne les meilleurs et plus constants résultats, en se souvenant de la sensibilité des hypopituitaires à cette hormone et de leur aptitude à faire, en cas de surdosage, des psychoses.

Il semble donc aujourd'hui que l'on puisse, sans ambiguïté, préciser le panhypopituitarisme et, par là-même, ne pas le confondre avec l'anorexie mentale ou même avec un hypopituitarisme secondaire à celle-ci.

Reste le problème de la maladie de Simmonds !

C'est également un panhypopituitarisme primitif. L'observation publiée en 1916 par Simmonds, de Hambourg, concerne une femme qui, après un accouchement compliqué d'infection puerpérale, fut atteinte d'aménorrhée, d'une extrême fatigue, de vieillillesse précoce et mourut de cachexie. Elle présentait des lésions profondes de l'hypophyse.

Simmonds considéra ces lésions comme consécutives à l'épisode puerpéral et rattacha à l'atteinte hypophysaire la déchéance physiologique.

Dès lors, l'attention est attirée sur le rôle de l'hypophyse, mais les auteurs voient, avec quelle obstination, dans la cachexie, le signe capital de la maladie de Simmonds.

Malgré les évidences qui surgissent, aucun n'a la liberté d'esprit suffisante pour penser qu'elle n'avait pu être qu'un signe fortuit.

« Bien qu'il puisse paraître, au premier abord, illogique de parler de formes sans cachexie, certains auteurs ont décrit des aspects de la maladie de Simmonds, apparus dans le *post-partum*, où toute la symptomatologie que nous avons décrite se trouvait observée, *sauf la perte de poids*. » (1).

Sheehan lui-même garda longtemps ce souci d'orthodoxie : « Chez la femme, l'apparition des signes après l'accouchement doit être retenue en faveur du diagnostic de maladie de Simmonds, s'il y a eu hémorragie ou collapsus sévères. » (2).

Il y eut par la suite de nombreuses publications... Le cas Zondeck, dont la photographie sensationnelle fut reproduite partout en Angleterre, en Amérique... La malade mourut six mois après,

(1) In *Encyclopédie médico-chirurgicale*, glandes endocrines, nutrition, 10.023 A, page 2.

(2) In *Encyclopédie médico-chirurgicale*, glandes endocrines, nutrition, 10.023 A, page 3.

mais le compte rendu anatomo-pathologique fit moins de bruit : il concluait à l'absence de lésions hypophysaires. Mais cette photographie et son interprétation erronée furent la source de tant d'erreurs par analogie...

Déjà, dans l'observation princeps de Simmonds, l'examen des autres glandes était normal, alors qu'elles s'atrophient normalement dans l'hypopituitarisme par manque de stimulation hypophysaire.

Dans certaines observations présentées comme maladies de Simmonds, on a trouvé des adénomes, des cancers, des kystes. Or, ces néoformations donnent habituellement lieu à des manifestations cliniques bien différentes de l'hypopituitarisme.

Dans d'autres publications, les atteintes hypophysaires sont accompagnées d'atteintes cancéreuses en d'autres points de l'organisme, et il n'est pas excessif de penser que celles-ci ont pu conditionner la cachexie et que la cachexie a retenti secondairement sur l'hypophyse.

Tant d'incertitudes, tant de suspicions, d'ambiguïté posent, nous semble-t-il, le problème de la réalité de la maladie de Simmonds, cachexie hypophysaire.

Mais Simmonds eut l'immense mérite, même au prix d'une erreur prolifique, d'attirer l'attention médicale sur l'importance de l'atteinte hypophysaire.

Mais on lit encore, dans des ouvrages didactiques, des formules où tout psychiatre sent et rectifie l'erreur :

« La maigreur d'origine hypophysaire..., dont la maladie de Simmonds représente le type le plus achevé, frappe des jeunes filles aux abords de la puberté, ou des jeunes femmes, parfois à la suite de grossesse (1). »

Et le même auteur, obstiné à méconnaître l'anorexie mentale, précise encore :

« L'amaigrissement attire le premier l'attention, avec asthénie ou parfois conservation paradoxale de l'activité. L'aménorrhée est le second signe.

« L'anorexie est frappante, véritable répulsion alimentaire, qui serait facilement mise sur le compte de l'anorexie mentale (2). »

(1) *Encyclopédie médico-chirurgicale*, n° 10.506, page 4.

(2) *Encyclopédie médico-chirurgicale*, n° 10.506, page 4.

Quand on n'aura plus dans l'esprit la notion erronée de la maigreur, preuve et conséquence de l'hypopituitarisme, il n'y aura plus d'entrave à voir ce qui est clair, à distinguer ce qui est nettement différent.

D'une part, nous aurons l'anorexie mentale, génératrice de cachexie, mais relevant de la psychiatrie ; d'autre part, le panhypopituitarisme.

Celui-ci peut être consécutif au *post-partum* (maladie de Sheehan). Il peut être dû à diverses autres causes et atteindre les hommes ou les femmes en dehors du *post-partum* (1).

CONCLUSION

Entre le syndrome mental anorexie mentale (malgré ses effets secondaires, partiels et passagers) et le panhypopituitarisme cliniquement défini par Sheehan, qui s'est placé dans une perspective étiologique particulière (celle d'ailleurs de l'observation princeps de Simmonds), il y a de tels intervalles, si peu d'analogie (quand on en a dépouillé la cachexie), que la confusion, même sans le secours des tests biologiques, ne paraît plus possible.

A la faveur de conceptions plus claires, une thérapeutique opportunément adaptée montrera, à l'encontre de Jules Romains (2), que si l'erreur est féconde, la vérité est bienfaisante.

(1) J. DECOURT, J.-P. MICHARD, J. LOUCHARD et B. WEIL. — Le panhypopituitarisme de l'adulte. *Semaine des hôpitaux*, 20 mai 1954, page 2025.

(2) Jules ROMAINS. — « Donogo ».

TUBERCULOSE

ET TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES DE CHOC

PAR

MAURICE POROT et A. COHEN-TENOUDJI

- A. Electrochocs et tuberculose.
- B. Comas insuliniques et tuberculose.
- C. Les autres thérapeutiques de choc et la tuberculose.
- D. Facteurs particuliers.
- E. Influence des traitements de choc sur les troubles psychiques des tuberculeux.
- F. Conduite pratique des traitements de choc chez les tuberculeux.

Les premiers traitements psychiatriques de choc n'étaient appliqués qu'à des malades mentaux présentant une intégrité physique absolue. Par la suite, l'apparition de nouvelles méthodes, les perfectionnements techniques, les exigences cliniques et les observations suivies devaient permettre de transformer d'absolues en relatives certaines contre-indications, notamment les cardiopathies, l'hypertension artérielle, la gravidité, les fractures récentes, etc... Il ne semble pas que la contre-indication créée par la tuberculose pulmonaire, pourtant si souvent associée aux troubles mentaux, ait fait l'objet d'une mise au point précise, malgré la publication de quelques observations isolées et de quelques statistiques.

Pour Sakel, la tuberculose pulmonaire était une contre-indication majeure du coma insulinique, premier en date des traitements de choc. Von Meduna, deux ans plus tard, ne refuse le choc cardiazolique qu'aux malades ayant une fièvre élevée, ou présentant une affection cardiovasculaire. Mais des réactivations tuberculeuses sont signalées. La méthode est dès lors réputée dangereuse chez les bacillaires, et, malgré une observation favorable de

Larrivé, Mestrallet, Mathon et J. Carrier, les auteurs s'abstiennent dorénavant, incriminant non le produit, mais la méthode, étendant la contre-indication à l'électro-choc lors de son apparition. Cependant, les succès obtenus par ce traitement dans divers troubles mentaux, l'influence néfaste de certains symptômes psychiques sur l'affection bacillaire, les premiers résultats heureux obtenus chez des aliénés tuberculeux amènent certains auteurs à reconsidérer le problème.

C'est ce que nous avons voulu faire dans ce travail, à la lumière des publications antérieures et de 50 observations inédites, dont 43 personnelles (1), comportant 65 traitements de choc (2), soit 42 séries d'électro-chocs, 12 cures de Sakel, 9 séries de cardiazol, une d'électro-narcose, une d'électro-chocs-coramine. La plupart de ces observations ont été relevées au pavillon des tuberculeux de l'hôpital psychiatrique de Blida (Alger), entre 1941 et 1951. Il convient de tenir compte, dans l'appréciation des résultats, de deux facteurs particuliers : les antibiotiques n'existaient pas encore pendant la plus grande partie de cette période ; d'autre part, les restrictions très sévères dues à la guerre entraînèrent une sous-alimentation considérable de nos malades hospitalisés.

Nous n'avons considéré comme tuberculeux que les malades dont l'affection pulmonaire avait été prouvée par une bacilloscopie positive ou par un avis formel du spécialiste.

Tous les résultats rapportés ici (sauf trois) ont une ancienneté d'un an au minimum.

A. — Electro-choc et tuberculose

C'est le rôle de l'électro-choc qui a été, jusqu'à présent, étudié de la façon la plus poussée. Il nous semble utile de faire un rappel des modifications physiopathologiques qu'il entraîne, avant d'étudier son action chez les malades groupés en trois catégories : tuberculose active, tuberculose quiescente, tuberculose méconnue.

(1) Les sept autres sont dues à l'obligeance de MM. J. Alliez et Pierre Laval, de Marseille (4), Hosotte, d'Alger (1), F. Masselot, de Tunis (1) et Rondepierre, de Paris (1), que nous tenons à remercier ici. On trouvera le détail de ces observations dans la thèse inaugurale de A. Cchen-Tenoudji (Alger, 1953).

(2) En cas de séries répétées, nous n'avons tenu compte que des traitements séparés par un laps de temps suffisant pour qu'il n'y ait pas fusion entre leurs actions possibles.

1° ETUDE THÉORIQUE

a) *Modifications mécaniques et neurovégétatives.* — Dès la fermeture du circuit, le malade entre brusquement dans une phase tonique au cours de laquelle, après une inspiration profonde, il reste en apnée. Cette apnée se prolonge jusqu'aux dernières contractions musculaires de la phase tonique (une minute environ). Après une expiration forcée, qui rejette à la fois l'air emmagasiné et les sécrétions accumulées dans les bronches et les alvéoles au cours de la période convulsive, le malade fait une inspiration profonde suivie d'une augmentation simultanée de l'amplitude et de la fréquence des mouvements respiratoires au cours de la période stertoreuse qui les suit.

En même temps, on note une hypersalivation et une hypersécrétion glandulaire, généralisées notamment au niveau de l'arbre bronchique. La tension artérielle s'élève.

Au cours de l'électro-choc fait sous radioscopie, Breton et Delvallet constatent une diminution plus ou moins marquée de la transparence pulmonaire à point de départ hilair et, exceptionnellement, l'apparition de plages sombres limitées à un territoire. Ces phénomènes, qui ont la particularité d'être labiles, proviendraient, selon ces auteurs, de spasmes bronchiolaires et d'éléments fluxionnaires d'origine centrale. Sur le plan expérimental, Heilburn et Weill, après avoir soumis des rats aux électro-choes, découvrent en les disséquant des zones d'infarctissement au niveau des poumons. Ces auteurs attribuent ces lésions à des modifications vasculaires dues à l'augmentation de la tension artérielle au niveau des viscères, elle-même consécutive à la contraction musculaire, au spasme des artères périphériques qui suit le stimulus électrique et à une stase veineuse augmentée par une apnée de plusieurs secondes. Bennett constate le même type de lésions au niveau des autres viscères et les compare aux pétéchies des états septicémiques.

Hemphill pense, comme nous-même, que l'inspiration forcée, l'apnée, la mise en tension des alvéoles, l'expiration et le stertor peuvent provoquer la destruction de tractus fibreux, la perforation de cavernes périphériques et la rupture d'adhérences pleurales. Altschule et Tillotson supposent que ces mêmes phénomènes mécaniques, par le brassage des mucosités qu'ils déterminent, permettent la diffusion des éléments pathogènes des zones atteintes vers les zones saines. Allen et Duval incriminent la congestion, la stase veineuse et les micro-infarctus dans la genèse des

essaimage locaux et des généralisations à distance. Julius et Cepulic estiment que la dilatation alvéolaire, les foyers d'atélectasie avec exsudation plasmatique secondaires aux électro-chocs favorisent l'éclosion de réactivations bacillaires.

b) *Modifications humores.* — Bien étudiées par Delay et Soulairac, elles consistent essentiellement en une acidose par baisse de la réserve alcaline, une augmentation du taux des protides, des lipides, du glucose, du calcium et du phosphore sanguins ; le taux du chlore globulaire est augmenté, celui du chlore plasmatisque restant inchangé ; celui du potassium est abaissé.

Il y a polyglobulie avec hyperleucocytose légère, décharge d'A.C.T.H., oligurie avec augmentation de la concentration en urée, phosphates et chlorures.

En 1946, Delmas-Marsalet attribuait les troubles respiratoires à une perturbation des centres végétatifs bulbaires et les modifications humores à l'intensité du travail musculaire. Cet auteur dissociait l'origine de ces troubles à la suite d'analyses sanguines faites au cours de la simple absence. Il avait constaté, en effet, dans ce cas, une baisse du taux des protides, une alcalose et une augmentation des monocytes, modifications différentes de celles qu'il avait trouvées au cours de l'électro-choc.

Plus tard, Delay rejette cette théorie. Les expériences de Kaplus et Kriedel sur l'animal décérébré, ses propres travaux sur les modifications humores au cours de trois thérapeutiques non convulsivantes (pneumoencéphalothérapie, coma insulinique et électro-chocs sous curare) l'amènent à rattacher toutes les perturbations, aussi bien mécaniques, neurovégétatives qu'humores, à une origine diencéphalique. Il attribue la différence des modifications humores constatées au cours de la simple absence à l'insuffisance de l'excitation électrique au niveau du diencéphale.

Les difficultés d'interprétation que soulèvent ces modifications nous réduisent à n'émettre que des hypothèses.

La décharge d'A.C.T.H. qui reste négligeable (15 mgr.) ne peut faire redouter une lyse des tractus sclérofibreux. Par contre, on peut supposer que l'hyperactivité endocrinienne engendrée par les électro-chocs place le sujet dans une situation humorale comparable à celle que l'on rencontre dans les états maniaques, provoquant ainsi une stimulation des défenses de l'organisme. Ceci n'est certes qu'une hypothèse.

Carrot, Paraire et Charlin, commentant une observation de bronchopneumonie suraiguë et mortelle, survenue au troisième

choc chez un malade exempt de toute tare, émettent l'idée d'une action biotrophique du choc convulsivant. Cette action déterminerait des perturbations dynamiques et une sidération des défenses de l'organisme. L'auteur compare ces complications aux bronchopneumonies secondaires aux syndromes sympathiques des lésions aiguës de la moelle dorsale et surtout aux pneumonies observées à la suite d'interventions neurochirurgicales sur la région frontale.

Hyvert, de son côté, considère l'hypersensibilité à la tuberculine consécutive aux électro-chocs (qu'il a mise en évidence) comme un facteur stimulant les défenses de l'organisme. Cet argument, vraisemblable dans les syndromes dits d'imprégnation tuberculeuse, ne peut être pris en considération lorsque le malade est porteur d'une lésion bacillaire. Aujourd'hui, nous savons qu'hyperallergie et immunité, ou plus exactement sensibilisation et prémunition, n'évoluent pas toujours parallèlement et que l'on peut avoir simultanément une réaction à la tuberculine fortement positive et une immunité particulièrement faible. Lambert, sur 20 malades, constate 13 fois une augmentation de la surface de réaction, 6 fois une diminution et une fois une surface égale en faisant des intradermo-réactions à la tuberculine avant et après les électro-chocs. Celui-ci agit donc le plus souvent dans le sens d'un accroissement, plus rarement dans celui d'une diminution de l'allergie cutanée ; il en tire des conclusions intéressantes sur les résultats, parfois paradoxaux en apparence, des traitements de chocs chez les tuberculeux.

Enfin, reprenant les travaux de Kempner sur les effets de la concentration sanguine en oxygène sur le bacille de Koch, Katzellenbogen et ses collaborateurs attribuent aux thérapeutiques de choc un effet curateur sur la lésion évolutive. Cette action favorable serait consécutive à la chute du taux d'oxyhémoglobine et à l'anoxie tissulaire dues à l'apnée. Pour cette raison, ces auteurs conseillent de prolonger cette apnée par une curarisation préalable. Allen et Duval, sans nier la réalité du fait, jugent son rôle négligeable.

2° ETUDE CLINIQUE

Pour la commodité de l'analyse des résultats obtenus, nous avons groupé les malades en trois catégories, selon que leur tuberculose était connue et active, connue mais stabilisée (quiescente) et enfin méconnue avant le traitement.

a) *Tuberculose active*

Les avis réservés. — Certains auteurs (Teulié, Alliez et Paul Laval, C.-A. Zeller, Impastato et Almansi) estiment que toute infection bacillaire, latente ou évolutive, est une contre-indication majeure de l'électro-choc. D'autres ne s'opposent au traitement que lorsque la tuberculose est en phase active ; Deshaies conseille de surseoir au traitement dans les épisodes aigus et lors des hémoptysies, mais n'attend pas l'assèchement d'un épanchement pleural pour intervenir. Breton, Doremieux et Delvallet refusent de traiter les formes caséuses et fébriles, ainsi que Delmas-Marsalet et Herzkowitz. Allen et Duval, à la suite d'une complication survenue chez un malade dont le téléthorax était normal avant l'électro-choc, estiment que celui-ci n'est pas un traitement bénin et sans risques et conseillent, comme Donnadiou, Wilcox, Pleasure et nous-même, d'apprécier quel est le plus grand risque, de la maladie mentale ou de l'électro-choc, pour l'évolution de la tuberculose.

Kaldeck, Mc Laughlin, Gurri et Wassersug, après avoir traité sans aggravation 8 malades en période évolutive et 25 malades stabilisés, sont du même avis. Ils ne nient pas les risques de la convulsivothérapie, mais pensent comme la plupart des auteurs que les troubles psychiques peuvent avoir des conséquences encore plus fâcheuses sur l'état tuberculeux. Kino et Thorpe, également, ne sous-estiment pas les dangers inhérents au traitement.

Les avis favorables. — A l'opposé, d'autres auteurs adoptent, comme nous-mêmes, une attitude plus nettement interventionniste.

Nous avons personnellement traité par des électro-chocs 14 malades présentant une tuberculose évolutive. L'état pulmonaire de trois d'entre eux fut nettement amélioré ; dans quatre autres cas, le traitement phthisiologique, impossible auparavant, put être mis en route ; la tuberculose de six malades ne fut en rien influencée par les électro-chocs ; on n'enregistra aucune aggravation et un seul décès un mois après le traitement dans un cas de tuberculose très avancée. Le traitement fut donc utile dans la moitié des cas et indifférent dans l'autre moitié.

Kalinowsky et Hoch qualifient l'abstention d' « erreur grave ». Pour eux, l'état mental peut être d'un pronostic plus fâcheux que la tuberculose. Ils se refusent à priver un malade d'un traitement qui peut améliorer l'état physique et avoir une influence favorable sur l'infection elle-même. C'est également l'opinion de Noyes.

Moore élimine lui aussi la tuberculose pulmonaire, « quel que soit son stade », des contre-indications de l'électro-choc.

Jentoft traite 56 malades. Il constate tout d'abord que la proportion d'accidents est identique, que le malade soit en période évolutive ou non : 10 présentent une tuberculose cavitaire, 8 des infiltrations, 24 sont stabilisés. Il note dans le premier groupe 7 aggravations, dont il impute 2 seulement à la thérapeutique ; dans le second, une seule aggravation certaine et 2 cas douteux ; enfin, dans le dernier, il n'enregistre que 4 poussées évolutives et 4 cas douteux. Il conclut : « Le processus bacillaire semble capricieux et les conclusions ne peuvent être établies qu'avec un maximum de prudence. Mais, dans l'ensemble, nous pouvons nous considérer comme satisfaits, d'autant plus que l'évolution de la tuberculose eût été moins favorable si nous nous étions abstenus. »

Pleasure, enfin, publie une statistique impressionnante de 6.017 chocs chez 233 tuberculeux, dont 160 présentaient une tuberculose en activité. En aucun cas, il n'y eut d'extension hémotogène telle que méningite ou miliaire. Dans 21 % des cas, la tuberculose pulmonaire s'aggrave (1). Il y eut onze décès, dont neuf dans un délai de un an après le traitement, et, sur ces neuf, trois seulement du fait de la tuberculose ; cette proportion ne serait pas, pour cet auteur, supérieure à celle des décès, dans les mêmes délais, des tuberculeux non soumis aux électro-chocs. Fait plus intéressant, il n'y eut que 11 % d'aggravation chez les malades dont l'état psychique fut amélioré, alors qu'il y en eut 53 % chez ceux qui ne tirèrent aucun bénéfice psychique du traitement électrique.

De prime abord, ces résultats peuvent paraître étonnants. En effet, la notion d'évolutivité implique une augmentation de la virulence et du pouvoir pathogène du bacille de Koch, une libération de toxine et une déficience organique. Sur un pareil terrain, la rupture des tractus fibreux, le brassage des mucosités, la congestion, la stase, les infarctus, la sidération des défenses, dont parlent Carrot et ses collaborateurs, provoqués par les électro-chocs, devraient amener une aggravation des symptômes, un essaimage local et même une généralisation de la maladie. Or, les résultats constatés sont inverses. Nous n'avons pas relevé de cas d'aggravation pulmonaire, aussi bien dans la littérature que parmi nos malades, à l'exception des cas signalés par Jentoft et

(1) Pleasure ne considère comme dues aux électro-chocs que les aggravations survenant dans les trois mois qui suivent le traitement.

par Pleasure. Les électro-chocs ont même parfois directement amélioré la tuberculose (huit malades de Close, deux de Donnadiu, trois des nôtres). Des améliorations physiques et psychiques parallèles sont aussi rapportées par de Boucaud et Loô, Donnadiu, Jones et Barrera. Sur les 160 malades de Pleasure, 126 (près de 80 %) furent stabilisés ou améliorés. Par contre, cet auteur note une aggravation dans 39 % des cas (12 sur 31) où la tuberculose était très avancée, alors qu'il n'en relève que 17 % (22 sur 129) lorsqu'elle n'était que minime et peu avancée.

Mais surtout, dans bien des cas, l'amélioration de symptômes mentaux néfastes du point de vue phthisiologique, tels que l'agitation, la sitiophobie, l'insomnie, les idées de suicide, etc..., permettant en outre la mise en route secondaire d'un traitement phthisiologique rationnel, a un effet des plus heureux. Ce qui, soit dit en passant, nous paraît devoir emporter la décision thérapeutique dans les cas douteux. C'est aussi l'opinion de Donnadiu et de Pleasure, notamment. Toutefois, cette facilitation de la thérapeutique phthisiologique ne suffit pas à expliquer cette rareté de l'aggravation pulmonaire, puisque, nous le verrons, on constate des réactivations bacillaires après électro-chocs chez des malades dont la tuberculose paraît inactive. Or, l'action symptomatique des électro-chocs est identique chez tous les sujets. Pour la même raison, nous ne pouvons attribuer aux seules modifications humorales ces effets heureux de l'électro-choc.

Ce qui nous paraît plus vraisemblable, c'est que cette rareté d'aggravation pulmonaire est due à l'emploi de *facteurs de protection* ou d'*agents modificateurs* de l'action des électro-chocs, notamment la collapsothérapie, l'usage des antibiotiques et des curarisants, que l'on utilise aussi souvent que possible quand la tuberculose du malade est connue, alors qu'ils ne sont pas mis en jeu lorsqu'elle est ignorée. Nous en parlerons plus longuement au chapitre consacré à la conduite pratique des traitements de choc chez les tuberculeux.

b) Tuberculose quiescente

Les auteurs qui s'abstiennent d'utiliser les thérapeutiques de choc lorsque les lésions sont stabilisées sont ceux qui considèrent la tuberculose à tous ses stades comme une contre-indication majeure de l'électro-choc. Teulié déclare : « Je suis opposé de façon absolue aux traitements de choc chez quelque tuberculeux pulmonaire que ce soit, ayant été témoin de réveils évolutifs chez des malades qui paraissaient stabilisés. » Zeller, Impastato et Almansì émettent la même opinion.

Nous sommes personnellement moins catégoriques. Nous avons traité par électro-chocs neuf malades chroniques ou stabilisés. Dans cinq cas, il n'y eut aucune réactivation (trois d'entre eux avaient eu antérieurement un pneumothorax efficace). Les quatre autres cas méritent d'être détaillés : deux malades firent une poussée évolutive dès la fin de la cure d'électro-chocs ; l'un était considéré comme un tuberculeux chronique, et sa poussée fut bien stabilisée par la streptomycine ; chez l'autre, on avait, avant le traitement, abandonné un pneumothorax inefficace ; il mourut deux mois après. La troisième observation (communiquée par F. Masselot) est intéressante ; après une section de brides pour pneumothorax incomplet, le malade subit 27 électro-chocs sous collapsothérapie, sans complication. Deux ans après, au premier électro-choc d'une nouvelle série, il présente un syndrome de perforation pulmonaire qui cède d'ailleurs heureusement à l'emploi de la streptomycine. Enfin, un dernier malade, qui subit cinq séries d'électro-chocs en 16 mois, fit une poussée évolutive 15 mois après la dernière.

Dans l'ensemble, les opinions des auteurs ne sont pas systématiquement défavorables. Pour Jones, pour Deshaies et S. Pellier, une tuberculose stabilisée n'est pas une contre-indication. Rondépierre n'a jamais vu d'accident pulmonaire chez les tuberculeux qu'il a traités. Kaldeck, Mc Laughlin, Gurri et Wassersug, après avoir traité 25 malades stabilisés, ne nient pas que le traitement comporte quelques risques. Jentoft enregistra quatre poussées évolutives et quatre cas douteux chez 24 tuberculeux stabilisés. Winiarz et Hoffman estiment que la crainte de réactiver un processus tuberculeux par les électro-chocs est presque toujours infondée. Pleasure a traité 63 malades porteurs de tuberculose pulmonaire « quiescente » et n'a relevé que deux reprises évolutives trois mois après les chocs et deux autres un an après. Pour lui, ces chiffres ne sont pas supérieurs à ceux des malades mentaux tuberculeux faisant une poussée évolutive spontanée. Par contre, la notion d'une stabilisation antérieure des lésions, bien qu'elle offre une certaine sécurité, ne sera pas considérée comme une protection suffisante, et l'on devra protéger le malade par un traitement phthisiologique approprié, comme nous le verrons au chapitre de la conduite pratique du traitement.

c) Tuberculose méconnue

Dans ce groupe, en apparence disparate, nous avons rassemblé les cas de malades dont la tuberculose, suspectée, n'avait pas fait

sa preuve et ceux de tuberculose apparue peu après les électrochocs chez des malades en apparence indemnes avant le traitement.

Parmi nos 18 malades entrant dans cette catégorie, sept avaient une radiographie suspecte, cinq un état général déficient et six étaient apparemment indemnes. Il y eut 12 poussées évolutives tuberculeuses, soit dans deux cas sur trois (dont deux après une cure de Sakel complémentaire), dans un délai de moins d'un an, dont six furent mortelles, soit un cas sur trois. Ces chiffres, inquiétants en apparence, doivent être rapprochés du chiffre global des malades passés, pendant la même période, dans le même pavillon de tuberculeux : 301 malades, parmi lesquels il y eut 175 décès, soit près du double. D'autre part, il faudrait aussi préciser — ce qui ne nous est pas possible — le nombre considérable de traitements par électro-chocs sans incidents pulmonaires entrepris, pendant la même période, dans l'hôpital psychiatrique de Blida.

Il est difficile de relever des chiffres comparables dans la littérature ; Hemphill constate une poussée évolutive, immédiatement après le traitement, chez trois malades sur un total de 200, apparemment sains à l'examen clinique préalable. Norman et Shea signalent deux poussées évolutives et un épanchement pleural (266 malades) ; Malzberg, une poussée évolutive (491 traitements) ; Donnadiou, une primo-infection chez un malade de Stutz (de Liestal) et des réactivations signalées par les médecins allemands.

Rondepierre affirme n'avoir jamais constaté de poussée évolutive sur des milliers d'électro-chocs pratiqués par lui, non plus que Carrot, Paraire et Charlin, après une expérience comportant 2.000 chocs.

L'étude détaillée des effets de l'électro-choc chez les malades des trois catégories indiquées ci-dessus aboutit à cette conclusion, paradoxale en apparence, que les résultats heureux sont la règle en cas de tuberculose évolutive, qu'ils sont moins nombreux si la tuberculose est quiescente et que les résultats fâcheux sont fréquents dans les cas où elle était méconnue avant le traitement. En réalité, ces résultats confirment surtout l'utilité des examens somatiques et biologiques préalables au traitement, celle des facteurs de protection (collapsothérapie, antibiotiques), utilisés avant ou pendant le traitement, et enfin l'aide précieuse apportée par la sismothérapie dans la lutte contre certains symptômes psychiatriques éminemment néfastes sur le plan phthisiologique (agitation, sitiophobie, etc...).

B. — Comas insuliniques et tuberculose

1° ETUDE THÉORIQUE

Le coma insulinique, bien que le premier en date des traitements de choc, offre encore à l'heure actuelle des difficultés d'interprétation considérables quant à son action somatique.

Les *modifications mécaniques et neurovégétatives* qu'il détermine présentent une telle instabilité que Claude et Rubenovitch en retirent « l'impression d'une libération anarchique des fonctions neurovégétatives ». Alors que les modifications provoquées par les méthodes convulsivantes ne durent que quelques minutes, celles du coma insulinique persistent plus d'une heure et se répètent tous les jours, pendant parfois des mois. Les sécrétions bronchiques sont particulièrement abondantes, elles subissent un brassage aussi long qu'intensif ; la température est très abaissée. Parfois, des convulsions apparaissent. La tension artérielle est dissociée ; la maxima et la minima présentent des variations indépendantes l'une de l'autre.

On connaît les nombreuses obscurités qui entourent encore les *modifications humorales* au cours du coma insulinique. Le taux de la chute de la glycémie est indépendant de la dose injectée ; celle-ci varie avec la sensibilité de chaque malade ; les modifications complexes du métabolisme glucidique, avec l'existence de produits de métabolismes intermédiaires, compliquent encore la question. Il existe des phénomènes d'anoxie et d'œdème cérébral, des variations de l'hydro-dynamique cérébro-méningée dont le rôle exact ne saurait être précisé.

Certains auteurs, notamment J. Delay et Cloutier, ont fait des rapprochements intéressants entre le coma hypoglycémique et le syndrome d'adaptation de Selye : chute des éosinophiles notamment, modifications humorales parallèles, signes de stimulation diencephalo-hypophyso-surrénale. J. Billet, R. Lafon et B. Billet ont soulevé l'hypothèse assez semblable d'un déséquilibre électrolytique dû à une chute du taux du potassium et d'un syndrome mécanique lié à une rétention d'eau. Ces deux éléments seraient sous la dépendance d'une sidération surrénale consécutive à une action spécifique de l'insuline et d'une réponse minéralo-corticoïde à cet agent agresseur.

2° ETUDE CLINIQUE

Nous avons vu que Sakel refusait son traitement aux tuberculeux pulmonaires. D'autres auteurs partagent ce point de vue.

Pour Choplin, tout signe d'imprégnation bacillaire est une contre-indication. Courbon et Assuad estiment, dès 1939, que la cure de Sakel est plus dangereuse que le cardiazol intraveineux, qui est neutralisé en quelques minutes, alors que l'insuline met des heures à être détruite. Close, Colomb et Letailleur considèrent la contre-indication comme absolue. Gross et Schaeffer, après 10 ans de traitements, remarquent que ce sont les complications pulmonaires qui ont le plus souvent attiré leur attention. Talatin signale la possibilité de complications tardives dues à une hyperglycémie réactionnelle. J. Billet et ses collaborateurs rapportent le cas d'une jeune fille de 21 ans qui, malgré un téléthorax normal avant la cure, fit une cortico-pleurite au 46^e coma. Deshaies et S. Pellier voient apparaître une lobite supérieure droite après 14 comas chez une jeune fille qui présentait une cortico-pleurite dans ses antécédents. Kinsey, sur 90 décès, en attribue 22 à des complications pulmonaires, dont un seul à la tuberculose. G. Boittelle et Cl. Boittelle-Lentulo publient le cas d'un tuberculeux évolutif traité et guéri sans complications, mais aussi trois cas de réactivation rapide chez des tuberculeux stabilisés.

D'autres auteurs ont une opinion moins défavorable. Claude et Rubenovitch ne s'abstiennent qu'en cas de lésions évolutives. Mais ils conseillent un contrôle radiologique et pondéral très serré pendant la cure chez les malades qui présentent des lésions stabilisées. Ils pensent que l'état général de certains bacillaires torpides traités avec précautions bénéficie grandement du coma insulinique. Hoven aurait eu de bons résultats dans des cas de mélancolie et de confusion mentale. Van Laere obtient, avec 27 comas, une amélioration mentale sans aggravation pulmonaire chez une jeune fille de 17 ans ayant un pneumothorax bilatéral. Donnadiou rapporte l'apparition, au cours de la cure de Sakel, d'une granulie (Salomon), d'une primo-infection (Rod), et d'une réactivation rapide après 40 comas (Cénac-Thaly). Mais, d'autre part, il dit que les psychiatres suisses se montrent plus favorables à la cure d'insuline chez les tuberculeux que les français. Lui-même la considère comme possible et il a pu traiter sans accident cinq tuberculeux stabilisés dont un, au moins, sous pneumothorax.

Dès 1950, l'un de nous écrivait : « Cette thérapeutique, plus délicate, mais plus maniable que l'électro-choc, nous paraît être la thérapeutique de choix des troubles mentaux des tuberculeux. » Nous avons depuis, à la lumière des autres publications et de nos observations personnelles, révisé en partie cette opi-

nion. Cette thérapeutique reste certes plus délicate et plus maniable que l'électro-choc, mais elle est indiscutablement responsable de plus de poussées et de réactivations tuberculeuses que ce dernier.

Nous pouvons faire état personnellement de 12 tuberculeux traités par cure de Sakel. Dans quatre cas, il y avait une tuberculose certaine plus ou moins bien stabilisée ; quatre avaient une image radiologique suspecte ou un état général déficient et quatre paraissaient indemnes de toute tuberculose. Deux seulement étaient porteurs de pneumothorax au moment de la cure. Un des traitements fut poursuivi sous couvert de streptomycine. Le nombre des comas varia de quelques-uns (en cas de réactivation) à 30, 60 et même 100 dans un cas.

Ici encore, comme pour l'électro-choc, ce sont les tuberculoses latentes ou méconnues qui donnent la plus grande proportion de réactivations : il n'y en eut qu'une chez les quatre tuberculeux connus, stabilisés ou non, et ce malade mourut 13 mois après la cure. Chez les huit autres malades, il y eut six réactivations dans un délai de deux ans, de six mois, et dans quatre cas en cours de traitement. Il y eut quatre décès s'échelonnant de 4 à 22 mois après la cure.

Ici, comme pour l'électro-choc, il faut rappeler que ces chiffres, pour avoir toute leur valeur, devraient être comparés au nombre total de traitements insulinniques faits pendant la même période, puisqu'ils comprennent les cas de tuberculose apparue chez des malades paraissant indemnes avant le traitement. D'autre part, l'apparition de la streptomycine, inconnue pendant la plus grande partie des années 1941-1951, a profondément et heureusement modifié les conditions de traitement de nos malades et les risques de la cure de Sakel. Signalons, par exemple, le cas d'une de nos malades, suspecte de tuberculose, qui fit une poussée évolutive au 13^e coma (35^e injection), et chez qui la streptomycine permit de pousser la cure jusqu'à 40 comas. Chez une autre, l'emploi systématique et préventif de la médication permit de faire sans encombre deux cures de Sakel prolongées. La même conclusion, c'est-à-dire la nécessité d'associer un traitement phtisiologique (collapsothérapie, antibiotiques), ressort des observations publiées par ailleurs (Van Laere, Donnadiou, Boittelle et collaborateurs, notamment).

Sept de nos malades ont subi un traitement mixte, c'est-à-dire ont eu successivement une cure de Sakel et une cure d'électro-chocs. Chez trois d'entre eux, les deux traitements ne provoquèrent pas de réactivation. Chez un autre, la cure de Sakel fut res-

ponsable d'une poussée évolutive d'issue fatale. Les électro-chocs ont été sans influence sur les symptômes psychiques, responsables en partie de cette issue. Chez trois malades, les électro-chocs ne furent suivis d'aucun incident pulmonaire, alors que la cure d'insuline provoqua une réactivation bacillaire.

3° ESSAI D'INTERPRÉTATION

Il semble donc que le risque tuberculeux inhérent à la cure de Sakel soit plus grand que celui de l'électro-choc. Comment expliquer ce fait ? Il faut tout d'abord remarquer que les mécanismes d'action de ces traitements sont assez différents ; certains auteurs ont opposé l'action relativement fugace de l'électro-choc (quelques minutes, une douzaine de fois) à l'action prolongée, plusieurs heures par jour, une cinquantaine de fois au moins, de l'insuline. Mais cela n'apporte aucune explication sur les causes intimes de ces réactivations tuberculeuses.

Choplin, Assuad et Gross attribuent les réactivations bacillaires aux traumatismes lésionnels consécutifs à la polypnée. J. Billet et collaborateurs pensent qu'à l'origine de ces réactivations, il y aurait des modifications œdémateuses, dues à un état spasmodique généralisé du système artériel et à une hypoglycémie qui rendraient le poumon plus réceptif à une agression microbienne. Ces mêmes auteurs soulèvent l'hypothèse d'un état d'anergie au cours du coma, alors qu'Altschule et Tillotson sont d'un avis contraire et mettent cet œdème pulmonaire sur le compte d'une hyperallergie. Talatin prétend que l'hyperglycémie met le malade dans les mêmes conditions que le diabétique devant l'infection. Mais on sait que les modifications de la glycémie sont labiles et disparaissent après la cure. P. Loô pose le problème du terrain, de l'« action mystérieuse des hormones » et émet l'hypothèse d'une analogie d'action entre l'insuline, la cortisone, l'A.C.T.H. et les ganglioplégiques qui rendent pathogènes les germes saprophytes et qui, par leur action antifibreuse, dissolvent les gaines fibroscléreuses et libèrent les germes qui y sont contenus dans un organisme incapable de se défendre.

La cure de Sakel chez les malades mentaux tuberculeux entraîne donc un pourcentage important de réactivations, immédiates ou tardives, de pathogénie encore obscure. Elles sont graves et ont parfois une issue fatale. Elles sont plus fréquentes lorsque la tuberculose est méconnue ou latente que lorsqu'elle est stabilisée par un traitement antérieur efficace. Il est donc indispensable, comme pour les autres thérapeutiques de choc, de les

dépister par une surveillance serrée avant et au cours de la cure de Sakel, et de les traiter, si possible, avant la mise en route des comas insuliniques, parfois indispensables.

C. — Les autres thérapeutiques de choc et la tuberculose

Nous serons beaucoup plus brefs dans l'étude des autres thérapeutiques de choc, les unes étant de moins en moins employées (cardiazol), les autres n'ayant pas encore fait l'objet d'études suffisantes chez les tuberculeux (électronarcose, acétylcholine, etc...).

1° L'ÉLECTRONARCOSE

Les *modifications physiologiques* sont assez voisines de celles de l'électro-choc. Toutefois, l'apnée initiale dure plus longtemps, la tension artérielle atteint des chiffres plus élevés, il existe une hypoglycémie qui dure au moins deux heures, d'après nos constatations personnelles. L'un de nous a fait, dans le service du Dr Lacaton, des tests à la tuberculine qui ont montré l'existence d'une hyperallergie après le traitement.

De nombreux auteurs ont insisté sur les modifications circulatoires au cours de l'électronarcose. En plaçant un trocard dans les veines périphériques des malades, nous avons constaté une absence totale d'écoulement sanguin durant la phase tonique. La contraction des muscles striés provoque peut-être une chasse importante du sang vers les viscères, et l'on se demande si ce flot sanguin, brusquement déplacé, n'est pas à l'origine, pour une part du moins, des phénomènes hémorragiques constatés par Bowman et Simon, qui signalent chez leurs malades des hémorragies sous-conjonctivales, des suffusions sanguines au niveau du cou et des épistaxis, et, par Alpers et Madox, chez des chiens soumis à l'électronarcose. Ces faits sont importants chez les tuberculeux, tant au point de vue pulmonaire que cérébral. Des examens radiologiques, pratiqués au cours de séances, nous ont montré, au niveau du poumon, une hyper-clarté répartie sur les deux plages durant toute la phase tonique, suivie d'une condensation progressive de l'arbre broncho-vasculaire, particulièrement nette au niveau des hiles et s'étalant vers la périphérie. Vers la cinquième minute, apparaît un semis de flocons diversement répartis et labiles. Toutes ces modifications disparaissent complètement peu de temps après l'ouverture du circuit. Chez le seul malade tuberculeux, stabilisé, que nous ayons traité par électro-

narcose, nous avons constaté que la zone où siégeait la cicatrice restait constamment claire (sclérose localisée ?), alors que le reste des deux plages pulmonaires s'opacifiait progressivement. Il est donc évident que ces risques congestifs viennent s'ajouter aux autres risques mécaniques ou humoraux étudiés à propos de l'électro-choc.

Sur le plan *clinique*, nous n'avons traité qu'un malade par cette méthode : tuberculeux, stabilisé depuis plusieurs années, il a subi, sous surveillance phthisiologique stricte, 12 séances d'électronarcose sans modification de son état pulmonaire et sans amélioration psychique.

La littérature est assez pauvre en observations. Garmany et Early signalent une hémoptysie chez un malade dont les examens cliniques et radiologiques étaient négatifs auparavant. Ces auteurs sont peu enthousiastes et affirment que les dangers inhérents au traitement sont considérables. Estes et Cleckley traitent 110 malades chez lesquels l'électro-choc était contre-indiqué pour des raisons différentes, dont, entre autres, la tuberculose. L'un des malades ainsi traité meurt au cours d'un état fébrile aigu, qui semble avoir été une généralisation bacillaire. Monro (152 malades) signale un choc circulatoire, résorbé en deux jours, chez un tuberculeux pulmonaire, mais Garmany et Early en relèvent sept cas chez des malades indemnes de toute atteinte bacillaire. Tietz, ainsi que Bowman et Simon ne signalent aucune complication pulmonaire. Paterson et Milligan, Constans considèrent l'électronarcose comme un traitement simple et relativement bénin.

On ne saurait donc actuellement tirer de conclusions concernant l'influence de l'électronarcose sur la tuberculose. Celles qui sont valables pour l'électro-choc peuvent être provisoirement admises, en insistant toutefois sur les phénomènes congestifs plus marqués, semble-t-il, au cours de l'électronarcose.

2° LE CARDIAZOL

L'emploi du cardiazol intraveineux n'a plus guère d'intérêt qu'historique, bien qu'il soit encore utilisé dans quelques cas particuliers.

Les *modifications physiologiques* sont du même type que celles constatées au cours de l'électro-choc. Les phénomènes mécaniques seraient cependant plus intenses et plus durables, selon Rondepierre, P. Bourgeois et Mlle Barrat. On a signalé des perturbations au niveau des éléments figurés du sang : anisocytose,

microcytose, polychromatophilie (Bartoloni), anémie aiguë, phénomènes toxiques au niveau du foie et des organes hématopoïétiques (Frey). Rondepierre et collaborateurs pensent que les réactivations seraient dues soit aux propriétés pharmacodynamiques du produit, soit à l'introduction dans la circulation générale de corpuscules chimiques générateurs de micro-infarctus au niveau des artérioles. Partant de cette hypothèse emboligène, Jentoft associe des anti-coagulants au traitement et obtient ainsi des résultats favorables.

Les *résultats cliniques* sont défavorables. Nous avons traité neuf malades par des injections de cardiazol : six étaient suspects de tuberculose d'après leur image pulmonaire et leur état physique, malgré la négativité de la bacilloscopie ; trois paraissaient indemnes au point de vue pulmonaire, bien que l'un d'eux ait eu une pleurésie séro-fibrineuse dans ses antécédents. Un seul de ces neuf malades (chez qui le cardiazol avait été fait au cours d'une cure de 100 comas insuliniqes) supporta le traitement sans accident. Les huit autres firent des poussées évolutives, soit pendant ou immédiatement après le traitement (six cas), soit 7 mois et 2 ans après lui (deux cas). Ces huit malades décédèrent dans un délai de 6 mois à 3 ans.

La majorité des auteurs émet aussi une opinion très réservée. Claude et Rubenovitch placent la tuberculose évolutive parmi les contre-indications absolues de ce traitement ; Rondepierre et collaborateurs, Dax, considèrent le cardiazol comme plus nocif que l'électro-choc ; Laignel-Lavastine, Callot et H. Picard s'abstiennent en cas de lésions appréciables. Allen et Duval estiment que la tuberculose pulmonaire, qu'elle soit latente ou active, est généralement considérée comme une contre-indication de la cardiazol-thérapie ; neuf malades de Bulley et Green sont morts après une réactivation dramatique, du type pneumonique ; Demay, Soulaïrac et Naudasher rapportent trois observations de malades cliniquement indemnes de toute affection et qui, après des injections intraveineuses de cardiazol, ont présenté une tuberculose évolutive ; Villey et Buvat signalent une pleurésie séro-fibrineuse consécutive à huit injections de cardiazol, et Leconte et Pougé-toux, l'apparition d'une tuberculose miliaire chez un malade apparemment indemne avant le traitement ; Donnadiou a vu à plusieurs reprises des infiltrats pulmonaires chez des sujets qui avaient des antécédents bacillaires. Il a pour règle absolue de ne jamais employer le cardiazol chez des anciens tuberculeux, même si l'affection ne s'est traduite auparavant que par une pleurésie.

Seul, Jentoft rapporte deux observations favorables ; mais, dans un cas le malade était protégé par un pneumothorax et, dans l'autre, il finit par mourir de tuberculose pulmonaire après une leucotomie. L'effet protecteur du traitement phtisiologique est confirmé par Read qui constate que, sur 25 malades, chez lesquels une tuberculose pulmonaire s'est déclarée, 8 % étaient traités, 3 % ne l'étaient pas.

Le rôle néfaste du cardiazol chez les tuberculeux ne saurait donc être mis en doute, et cette thérapeutique doit être abandonnée définitivement en ce qui les concerne, car elle peut toujours être remplacée par l'électro-choc, beaucoup moins nocif.

3° DIVERS

Padovani a utilisé le *choc acétylcholinique* chez des tuberculeux stabilisés lorsqu'une indication mentale précise est posée. Jentoft a traité par la même méthode, et sans incident, une tuberculeuse en phase évolutive et une malade ayant dans ses antécédents une pleurésie séro-fibrineuse. Fiamberti, promoteur de la méthode, n'a jamais constaté de réactivation tuberculeuse due à la thérapie acétylcholinique. Mais il précise qu'au cas où l'examen radiologique décèle l'existence d'une tuberculose, même inactive en apparence, il préfère toujours, au choc typique, la méthode lente [dilution de la quantité habituelle de bromure d'acétylcholine (0,50 cc.) dans 10 cc. d'eau distillée, au lieu de 2 cc., et injection veineuse à la vitesse de 2 cc. par minute].

Ueberschlag a fait, sans incident, et avec succès sur le plan psychiatrique, six *chocs amphétaminiques* à une jeune schizophrène tuberculeuse porteuse d'un hydrothorax bilatéral.

Nous avons fait un *électro-choc-coramine* à un maniaque en bonne santé d'après l'examen clinique et qui a présenté une tuberculose pulmonaire après ce seul traitement. Un malade de Daurmèzon et Benoiston, traité de même, a présenté peu après une évolution bacillaire mortelle.

Enfin, bien qu'il ne s'agisse pas de traitements de choc, mais simplement de traitements psychiatriques modernes, il nous a semblé intéressant de rassembler ici les renseignements que nous avons pu recueillir, fort peu nombreux d'ailleurs, sur l'influence de la lobotomie, de la pyréthérapie et de la narcothérapie sur la tuberculose ; la question de la légitimité de l'emploi de ces méthodes chez les bacillaires nous a été posée.

Une malade de Jentoft, lobotomisée après échec de plusieurs séries de chocs cardiazoliques et acétylcholiniques, mourut de

tuberculose pulmonaire. W. F. Freeman, étudiant les risques de la *lobotomie*, écrit que, « loin de les aggraver, elle améliore les tuberculeux ». C'est aussi l'avis de Lambiotte, Washington et Bozalis, qui estiment que c'est là un moyen de supprimer une agitation violente particulièrement nocive.

La *pyrétothérapie* semble devoir être proscrite chez les tuberculeux en raison de la fièvre et de l'amaigrissement qu'elle provoque. Donnadiou et Pérens la condamnent. Nous l'avons utilisée chez un de nos malades catatoniques, six mois après une cure d'électro-chocs inefficace, et c'est après les chocs fébriles qu'apparut une tuberculose modérément évolutive.

Nous n'avons aucune expérience personnelle de la *narcothérapie* ou des *cures neuroleptiques* chez les tuberculeux. Il faut peut-être se méfier de l'action des dérivés de la phénothiazine, largement utilisée dans ces traitements, chez des malades dont le système neurovégétatif est particulièrement sensible et dont la physiopathologie pulmonaire est largement influencée par ce système. Par contre, la cure de sommeil rapproche au maximum le malade de ce « *bed-rest* » si largement utilisé en certains pays pour le traitement des bacillaires. H. Ey pense aussi (1) qu'on peut craindre que les neuroplégiques, du type chlorpromazine ou phénergan, ne bloquent les processus de résistance aux affections en général ; ce sont là craintes théoriques, mais qui ont une valeur empirique. Toutefois, en dehors des poussées évolutives, il lui semble que certaines modalités de tuberculose devraient bénéficier de la cure de sommeil, sous couvert, là aussi, d'une surveillance serrée (radiographies, sédimentation globulaire, etc...).

D. — Facteurs particuliers

1° L'ÂGE

Nous avons cherché, en groupant un peu arbitrairement nos malades en « plus de 30 ans » et « moins de 30 ans », si le facteur âge avait une influence sur l'évolution de la tuberculose chez les malades soumis aux traitements de choc. Nos chiffres sont insuffisants pour établir des statistiques valables, mais nous en retirons l'impression que, dans certains cas, l'âge intervenait de façon défavorable chez les malades non soumis à un traitement phthisiologique. Notons seulement que, sur les sept malades dont la tuberculose fut réactivée par une cure de Sakel, six avaient plus de 30 ans.

(1) Communication personnelle dont nous le remercions.

Bulley et Green déconseillent le traitement cardiazolique chez les malades âgés de plus de 40 ans. Karliner et Savitsky ont pu traiter avec succès par électro-chocs sous curare un malade de 52 ans porteur d'un pneumothorax droit créé pour une tuberculose évolutive bilatérale. Close a également traité avec succès deux tuberculeux âgés de 43 à 53 ans. Pleasure, prenant 35 ans comme ligne de partage chez 160 malades, constate une aggravation chez 14 % des « moins de 35 ans » et de 30 % chez les « plus de 35 ans ». Cet écart de 16 %, étant de 2 fois 1/2 celui de l'erreur-standard, peut être considéré comme statistiquement significatif.

2° LE SEXE ET LA RACE

Nous n'avons personnellement pas relevé de différences notables selon le sexe des malades traités. Les chiffres de Pleasure montrent 26 % d'aggravation chez les femmes contre 14 % chez les hommes. Mais cette différence de 12 % n'est pas statistiquement significative, car elle ne dépasse pas deux fois l'erreur-standard.

Il en est de même, pour cet auteur, en ce qui concerne les races (blanche, noire et autres), ce qui, dit-il, est une surprise. La grande majorité de nos malades étant des musulmans, nous n'avons pu établir de comparaisons valables.

3° LA GROSSESSE

Une de nos malades tuberculeuses était enceinte de trois mois et présentait un syndrome dépressif ; une série d'électro-chocs amena une amélioration physique et mentale. Par la suite, elle accoucha normalement et à terme.

4° AFFECTIONS ASSOCIÉES

Trois de nos malades présentèrent après leur traitement, un syndrome clinique et radiologique d'*abcès du poumon*, apparemment greffé sur des lésions suspectes vues auparavant à l'examen radiologique. Il fut ensuite le point de départ d'une poussée évolutive tuberculeuse. Donnadiou signale aussi une poussée évolutive greffée sur un abcès du poumon secondaire à des électro-chocs.

Parmi nos observations, nous relevons également le cas d'un malade âgé de 38 ans, atteint de *dilatation bronchique*, qui a fait une poussée évolutive tuberculeuse après une cure cardiazolique.

5° FORMES SPÉCIALES DE LA TUBERCULOSE

Nous n'avons pas eu l'occasion de soumettre des malades atteints de *tuberculose extra-pulmonaire* aux traitements de choc. Donnadiou a traité avec succès et sans incident, par électro-chocs sous curare, une mélancolique grave atteinte également d'un mal de Pott avec décalcification très accusée. Pleasure a traité quatre tuberculoses pleurales et une rénale, une coxalgie et une tumeur blanche du genou par des électro-chocs ; ces sept cas virent leur tuberculose améliorée. Par contre, deux tuberculoses péritonéales et deux tuberculoses ganglionnaires cervicales furent aggravées malgré l'emploi des antibiotiques qui s'étaient pourtant révélés efficaces avant le traitement.

La *tuberculose hémoptoïque* paraît être une contre-indication aux traitements de choc pour Delmas-Marsalet, Deshaies, Kaldeck. Un malade tuberculeux de Leconte et Pougetoux a fait une hémoptysie après une séance d'électro-choc et un autre malade de Garmany et Early au cours d'une électro-narcose. Neuf de nos malades, dont la tuberculose était latente ou méconnue, ont fait, par la suite, une tuberculose hémoptoïque, et, dans trois cas, la première hémoptysie a eu lieu pendant la cure. Aucun n'avait de traitement phtisiologique. Cette tendance hémoptoïque peut être due aussi bien à des tares congénitales ou acquises d'ordre général qu'à la nature de la lésion pulmonaire elle-même. Il faut donc faire un bilan complet chez tous ces malades et traiter, si possible, la tuberculose pulmonaire en premier lieu, sans négliger les médications adjuvantes associées.

E. — L'influence des traitements de choc
sur les troubles psychiques des tuberculeux

L'aspect phtisiologique du problème des tuberculeux soumis aux traitements de choc est généralement le seul envisagé, et il est rare de trouver dans la littérature des renseignements précis sur la nature des troubles psychiques des malades traités. Et même, dans ce cas, seul l'aspect symptomatologique du problème psychiatrique est pris en considération ; les diagnostics précis sont rares.

Close a traité avec succès par les électro-chocs huit malades chez qui l'affection bacillaire prenait une tournure fâcheuse du seul fait des symptômes psychiatriques et a vu ceux-ci s'amender et le malade collaborer ensuite utilement à son traitement phtisiologique. Donnadiou a traité « d'urgence » deux autres mala-

des dans les mêmes conditions et avec le même succès. De Boucaud, Lôo, Noyes, Kaldeck et collaborateurs, Pleasure ont eu aussi des résultats symptomatiques aussi favorables. Mc Laughlin, par exemple, cite le cas d'une jeune catatonique tuberculeuse chez qui chaque insufflation exigeait une narcose. Après quatre électro-chocs, cette malade était devenue docile et les narcoses préalables inutiles.

En raison du caractère assez sommaire de certaines de nos observations, nous n'avons pu nous-même faire une étude détaillée de cet aspect du problème. C'est ce qui explique la brièveté de ce chapitre qui mériterait pourtant un développement plus considérable. Nous avons rassemblé nos observations en trois groupes un peu schématiques : syndromes mélancoliques, syndromes maniaques, syndromes dissociatifs, rassemblant dans ce dernier groupe des malades étiquetés de façon variable : démence précoce, schizophrénie, états confusionnels, etc... (1).

Dans 10 *syndromes mélancoliques*, l'électro-choc a donné quatre guérisons, quatre bonnes améliorations et deux échecs. Deux autres mélancoliques, traités l'un à l'insuline et l'autre au cardiazol, n'ont tiré aucun bénéfice mental de leur traitement de choc.

Fau et Mertens, Karliner et Savitsky, Pacella ont rapporté chacun une observation de mélancolie guérie par électro-chocs chez des malades tuberculeux.

Ces bons résultats sont à retenir en faveur de la mise en route du traitement électrique chez les tuberculeux mélancoliques, surtout si l'on tient compte de l'influence néfaste sur la tuberculose de certains des symptômes habituels de l'affection : refus d'aliments, insomnie, amaigrissement, notamment. Nous ne pouvons partager sur ce point l'opinion réticente émise en 1941 par Rondepierre et collaborateurs, selon laquelle l'inhibition des moyens de défense du mélancolique doit rendre le psychiatre plus circonspect qu'en cas de manie aiguë, lorsqu'il s'agit de traiter un tuberculeux par les électro-chocs.

Nous n'avons traité que quatre cas d'*agitation maniaque*, tous par électro-chocs, avec trois guérisons et un échec, sur le plan psychique. Rondepierre et collaborateurs ont guéri également un cas de manie aiguë. Les mêmes remarques méritent d'être faites qu'à propos de la mélancolie, en ce qui concerne notamment l'in-

(1) Certains malades ont subi deux et même plusieurs traitements, soit successivement, soit à l'occasion de nouveaux épisodes psychopathiques. C'est ce qui explique le total de 56 cas rapportés ici.

fluence néfaste sur le processus tuberculeux de certains symptômes psychiques, notamment l'agitation de ces malades. Toutefois, il faut noter que l'exaltation de tous les processus vitaux au cours de l'accès maniaque semble intéresser aussi les processus de guérison des lésions somatiques, ainsi que nous l'avons signalé ailleurs. « Manie et électro-chocs coïncident dans leur action d'invigoration organique. » (Ach. Delmas). L'agitation maniaque n'a pas toujours, pour cette raison, les résultats catastrophiques que l'on pourrait en craindre chez un malade qui devrait être soumis à une cure de repos. Et le traitement phthisiologique, impossible avant le traitement, l'est devenu après celui-ci dans deux de nos cas.

Dans les *syndromes dissociatifs*, les traitements de choc donnent des résultats moins brillants : au total, 25 échecs psychiatriques complets sur 40 malades traités, 2 guérisons seulement, 3 bonnes améliorations et 10 améliorations légères. Nous avons dit nos réticences à l'égard du cardiazol ; il n'a donné ici qu'une amélioration légère et 7 échecs ; l'insuline, 7 échecs, 2 améliorations légères, 2 bonnes améliorations ; l'électro-choc, enfin, à côté de 11 échecs, fournit 7 améliorations légères, 1 bonne amélioration et 2 guérisons ; or, l'une d'entre elles ne s'est manifestée qu'un an après la cure et, dans ces deux cas, elle n'a été acquise qu'après la mise en route d'un traitement phthisiologique (pneumothorax et antibiotiques), rendu possible, il est vrai, par l'amélioration symptomatique due aux électro-chocs.

Chez les malades mentaux tuberculeux, les traitements de choc semblent donc surtout utiles contre les symptômes gênant la mise en route d'un traitement phthisiologique à double visée, somatique et psychique, dans la mesure où le syndrome mental relève d'une étiologie tuberculeuse.

La majorité des résultats rapportés par les auteurs (et par nous-mêmes) concerne les électro-chocs. Il est nécessaire de faire une place à part à l'*insulinothérapie*. On a fort peu de renseignements sur les résultats psychiatriques de la cure de Sakel chez les tuberculeux. Hoven nous a écrit en avoir eu de bons résultats dans des cas de mélancolie et de confusion mentale ; Hyvert, des résultats médiocres ; Donnadiou publie deux résultats très favorables et Van Laere, un. Nous avons donné ci-dessus nos chiffres : huit échecs et quatre améliorations, dont deux bonnes. On ne saurait donc être trop prudent dans l'emploi d'une thérapeutique dont les résultats sur le plan psychiatrique ne sont pas tellement satisfaisants chez les tuberculeux. Aussi, tout en lui préférant les

électro-chocs dans les cas d'urgence et chaque fois que le choix sera possible, on peut envisager malgré tout son emploi lorsqu'elle sera formellement indiquée (schizophrénie notamment).

Par contre, nous avons noté l'intérêt des *petits chocs humides insuliniques* chez de tels malades, thérapeutique qui se distingue aussi bien du point de vue clinique que biologique du vrai coma insulinique, sans pour autant se borner au rôle analeptique des petites doses pré-prandiales parfois prescrites aux tuberculeux. L'insuline ainsi utilisée a vraisemblablement une action neurologique centrale, comme le coma insulinique. Elle a procuré une amélioration à la fois physique et mentale aux trois malades chez qui nous l'avons utilisée à la dose de 30 à 50 unités. Elle a donné de bons résultats également à Scherrer, Latouche et Leclerc, avec 10 unités seulement chez deux malades, et à Dewing à la dose de 50 unités chez 16 tuberculeux. Pour ces auteurs, l'insuline aurait une influence favorable sur l'anorexie par son action sur l'anxiété des tuberculeux. Comme dans tous les traitements insuliniques, la dose optima ne saurait être atteinte que par l'augmentation prudente et progressive du nombre des unités d'insuline qui varie avec chaque malade. Les sudations abondantes et la somnolence marquent le maximum à ne pas dépasser.

F. — Conduite pratique du traitement

La synthèse n'est pas facile de tous les résultats, parfois contradictoires, rapportés ci-dessus. Il convient d'étudier successivement : le rôle du dépistage, l'emploi des facteurs de protection et enfin les indications et contre-indications respectives des traitements de choc en général et de chacun d'entre eux en particulier.

1° LE DÉPISTAGE

Il paraît superflu d'insister sur la nécessité d'un examen somatique, biologique et radiologique systématique des malades que l'on doit soumettre aux traitements de choc. En pratique, la chose n'est pas toujours commode. Les moyens diagnostiques, très difficiles à mettre en œuvre chez les malades mentaux, n'ont généralement de valeur que lorsqu'ils sont positifs. L'examen physique est souvent impraticable, ainsi que l'examen radiologique qui donne des résultats plus précis, mais inconstants ; les courbes de poids et de température n'apportent que des éléments de présomption, ainsi que la bacilloscopie faite autrement que par

tubage gastrique et dont la négativité n'a pas de valeur. La cuti-réaction et surtout la vitesse de sédimentation et le Vernes-résorcine sont des épreuves plus faciles à pratiquer et généralement plus sûres, bien qu'insuffisantes en elles-mêmes.

2° LES FACTEURS DE PROTECTION

Leur rôle nous paraît chaque jour plus considérable et plus précieux. Sous cette dénomination, nous groupons essentiellement la collapsothérapie, les antibiotiques et les curarisants.

Pour nous, la *collapsothérapie* est un facteur essentiel de protection, car elle soustrait le poumon aux traumatismes de l'hypérpnée. Ce qui, entre parenthèses, nous amène à proscrire toute thérapeutique convulsivante en présence de brides pleurales, ou tout au moins à en demander la section préalable. Huit de nos 14 malades ayant une tuberculose active et soumis aux électro-chocs étaient porteurs d'un pneumothorax artificiel uni- ou bilatéral. Lambiotte et collaborateurs, Donnadiou le préconisent aussi d'une façon générale chez les malades mentaux tuberculeux. Son association aux électro-chocs évite la destruction des tractus fibreux et la perforation des cavernes périphériques. La fermeture de la bronche de drainage isole la lésion et prévient ainsi le brassage des éléments pathogènes et le risque d'essaimage. Les modifications neurovégétatives locales déterminées par le collapsus diminuent les dangers d'hémoptysie et de généralisation consécutifs à la congestion, la stase et les infarctus. Enfin, il supprime les accidents dus à la présence d'adhérences pleurales.

Huit de nos malades traités par électro-chocs et deux de ceux qui furent soumis à une cure de Sakel étaient porteurs d'un pneumothorax (dans deux cas, il était même bilatéral). Le traitement psychiatrique n'a eu aucun effet aggravant sur la tuberculose de ces 10 malades. Le fait mérite d'être souligné.

Rondepierre et collaborateurs ont traité avec succès un accès de manie aiguë chez une jeune malade présentant une tuberculose évolutive et dont le poumon avait été collabé. Fau et Mertens ont guéri par les électro-chocs un mélancolique porteur d'un pneumothorax. Kaldeck et collaborateurs, Karliner et Savitsky, Pacella, Jentoft, Pleasure (six cas) ont aussi traité avec succès des malades protégés par un pneumothorax.

En règle générale, le collapsus est obtenu par un pneumothorax intrapleurale, mais Géraud, Laboucarié, Gourdou et Nicolas ont appliqué l'électro-choc à un porteur d'extrapleurale. Dans d'autres cas, enfin, le collapsus avait été obtenu par thoracoplastie

(un cas de Boittelle et six de Pleasure), phrénicectomie (un cas de Jentoft), pneumopéritoine (six cas de Pleasure). Ce dernier auteur a également fait des électro-chocs à des malades ayant subi une pneumonectomie (trois cas) et une lobectomie (un cas) récentes.

Deuxième facteur de protection, les *antibiotiques* [streptomycine, P.A.S., et isoniazide (1) notamment] sont couramment utilisés avec ou sans collapsothérapie chez les malades devant être soumis aux électro-chocs. On peut parfois, grâce à eux, améliorer l'état phtisiologique avant le traitement et espérer protéger le malade contre les extensions possibles du processus tuberculeux du fait du traitement électrique. Toutefois, Pleasure, qui rapporte les statistiques de loin les plus importantes sur ce point, pense que leur rôle est assez secondaire et qu'en réalité, sur 160 malades tuberculeux en activité soumis aux électro-chocs, les antibiotiques donnés à 55 malades n'eurent d'effet heureux que dans la mesure où le traitement de choc permit de réduire les graves symptômes psychiatriques.

Si les modifications tensionnelles et humorales avaient pour cause le travail musculaire produit pendant l'électro-choc, l'emploi des *produits curarisants* serait logique. Mais on a vu qu'il n'en est rien. D'autre part, les troubles respiratoires prolongés, la stase qu'ils entraînent ne sont pas à négliger, même en cas de respiration contrôlée. Les dérivés de la succinylcholine semblent, pour cette raison, plus intéressants à conseiller, étant donné le caractère à la fois massif et éphémère de leur action. Allen et Duval tiennent pour négligeable le rôle anoxémique des curarisants mis en relief par Katzenelbogen ; Karliner et Savitsky rapportent une observation d'emploi des curarisants chez un malade, par ailleurs protégé par un pneumothorax. Pleasure n'a traité qu'un malade, très atteint, il est vrai, sous curare : son état s'aggrava malgré la streptomycine et les chocs.

3° LES INDICATIONS ET LES CONTRE-INDICATIONS GÉNÉRALES

Comme nous l'avons vu, ce n'est pas au cours des tuberculoses les plus actives que l'on note les poussées évolutives les plus sérieuses lors des traitements de choc, bien au contraire. Aussi, s'il nous paraît nécessaire de lever l'interdiction systématique des

(1) Nous nous conformons à l'habitude de classer ces deux derniers produits parmi les « antibiotiques », bien que ce terme doive, en principe, être réservé aux médications d'origine fungique.

traitements de choc chez les tuberculeux, il ne nous paraît pas moins utile de mettre en garde contre un emploi facile et sans nuances de ces traitements chez des malades aussi délicats. Tout ici est question d'opportunité et il s'agit moins de savoir *si* l'on doit appliquer un tel traitement que de dire *quand* il conviendra de le mettre en route.

Et, sur ce point, nous avons été heureux de constater que notre opinion rejoint à peu de choses près celle de Pleasure, qui est certainement l'auteur qui a appliqué ces traitements sur la plus large échelle.

On peut considérer cinq éventualités :

a) *La tuberculose est évolutive ; il y a des indications phtisiologiques et psychiatriques d'urgence* (tentatives de suicide, catatonie, refus d'aliments, insomnie grave, excitation extrême ou dépression profonde). Le traitement de choc doit être entrepris immédiatement. On y ajoutera systématiquement, à moins d'empêchement majeur (intolérance ou accidents antérieurs, par exemple), un traitement par les antibiotiques. Les deux traitements phtisiologique et psychiatrique seront menés de front.

b) *La tuberculose est évolutive ; mais il n'y a pas d'urgence psychiatrique*. On traitera les malades présentant de bonnes indications psychiatriques (maniaco-dépressifs, catatoniques, psychoses d'involution, hallucinations douloureuses, vomisseurs, etc...). Mais, si possible, le traitement phtisiologique précédera pendant quelques mois le traitement psychiatrique par la mise en route d'une collapsothérapie, d'un traitement aux antibiotiques, d'une cure de repos (bien difficile chez de tels malades).

c) *La tuberculose est en apparence stabilisée ; il n'y a pas d'indications psychiatriques d'urgence* (même avec cavernes ou bacilloscopie positive). La décision, beaucoup plus large, sera basée avant tout sur l'état psychique du malade qui est la chose la plus importante. Le traitement phtisiologique sera continué. Le traitement psychiatrique prime le traitement phtisiologique, mais celui-ci est nécessaire.

d) *La tuberculose est inactive*. Nous sommes nettement moins catégoriques que Pleasure qui la considère, dans ces cas, comme « négligeable ». Elle doit être prise tout de même en considération et traitée préventivement, avant, si possible, pendant et après la sismothérapie, comme chez les malades de la catégorie précédente.

e) *La tuberculose est méconnue*. Le malade paraissait indemne

avant le traitement, mais la poussée évolutive qu'il déclenche n'est que le réveil d'une tuberculose ancienne. Nous avons vu la gravité de tels cas. A moins qu'une urgence psychiatrique n'en impose la continuation, il semble souhaitable d'interrompre le traitement de choc pour mettre en route un traitement phthisiologique, qui devient alors primordial et qui permettra peut-être la reprise ultérieure, sans inconvénients, du traitement de choc.

4° LE CHOIX DU TRAITEMENT DE CHOC

Il paraît devoir, actuellement, se limiter entre la cure de Sakel et l'électro-choc, les indications de l'électro-narcose devant vraisemblablement se rapprocher de celles de l'électro-choc. Quant au cardiazol, nous sommes d'accord avec la quasi-totalité des auteurs pour en prohiber ici l'emploi de façon radicale.

L'électro-choc est relativement inoffensif chez les tuberculeux, à condition de respecter les indications et de prendre les précautions indiquées ci-dessus. En outre, il est la thérapeutique de choix chez les mélancoliques et les maniaques (nous ignorons les dangers exacts de la cure de sommeil ou de la chlorpromazine chez les maniaques tuberculeux). C'est, enfin, la meilleure thérapeutique symptomatique de certaines urgences psychiatriques particulièrement graves chez les tuberculeux : insomnie, refus d'alimentation, agitation, etc... Il faut donc le préférer à la cure de Sakel. Il ne nous a pas semblé que l'association tuberculose-troubles psychiques nécessite une modification quelconque du rythme et du nombre des séances nécessaires qui varient avec chaque cas. Certains auteurs ont essayé, par prudence, de ne provoquer que des électro-absences, mais la médiocrité des résultats psychiques ainsi obtenus incite à provoquer délibérément la crise convulsive, sous couvert, de préférence, des dérivés de la succinylcholine.

Mais la cure de Sakel garde ses indications propres. Nous avons vu que, bien que plus maniable, elle est nettement plus dangereuse que les électro-chocs. Son emploi devra donc être réservé aux cas présentant une indication psychiatrique très précise (schizophrénie avant tout), dans lesquels l'emploi des électro-chocs se sera révélé infructueux, et surtout si le pronostic vital risque d'être grave en l'absence de toute thérapeutique psychiatrique. On devra toujours l'associer aux antibiotiques et, éventuellement, à la collapsothérapie.

Enfin, la méthode « lente » de la cure de chocs acétylcholini-

ques de Fiamberti semble avoir ses indications et serait peut-être plus inoffensive que la cure de Sakel. Mais nous n'en avons aucune expérience personnelle.

Conclusions

La tuberculose n'est plus une contre-indication absolue aux traitements psychiatriques de choc.

L'électro-choc est le traitement à la fois le mieux supporté et le plus efficace sur les symptômes psychiatriques alarmants du point de vue ptisiologique (agitation, sitiphobie, insomnie, etc.). Il ne doit cependant être mis en route qu'après un bilan précis permettant de décider de son opportunité et de préciser le moment de son emploi. Il doit, même dans la tuberculose en apparence inactive, être, si possible, précédé et en tout cas accompagné d'un traitement ptisiologique protecteur (collapsothérapie et antibiotiques notamment). Les risques d'aggravation ou de réactivation ainsi réduits deviennent moins graves que ceux que fait courir au malade l'inaction psychiatrique dans certains cas.

Les dangers de la cure de Sakel, qui garde ses indications précises, plus sérieux que ceux de l'électro-choc, doivent inciter à une prudence plus grande encore dans l'établissement du bilan clinique des malades qui y sont soumis et dans leur protection ptisiologique en cours de traitement. Les petits chocs insuliniques, par contre, semblent donner des résultats intéressants.

Les chocs au cardiazol sont, par contre, dangereux et doivent être refusés aux malades tuberculeux.

Les résultats des traitements de choc sur les troubles psychiques des tuberculeux ne semblent pas être différents de ceux que l'on obtient chez les malades mentaux non tuberculeux.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN (O.-A.) et DUVAL (A.-M.). — L'emploi de l'électro-choc dans les maladies mentales compliquées de tuberculose. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 105, 637, 1947.
- ALPERS (B. J.) et MADOW (L.). — Modifications cérébrales liées à l'électro-narcose. Rapport sur un cas. *Arch. of Neur. and Psychiat.*, 60, 366, 1948.
- ALTSCHULE (M. D.) et TILLOTSON (K. J.). — Le mécanisme des complications cardiaques et pulmonaires des convulsions électriques. *New. eng. J. Med.*, 238, 113, 1948.
- BENETT (A. E.). — Facteurs organiques inhabituels compliquant la thérapeutique convulsivante. *Bull. Menninger Clinic*, 8, 71, 1944.

- BILLET (J.-M.), PAGÈS (B.) et LAFON (R.). — Les accidents et incidents de la cure de Sakel. Hypothèses pathogéniques et précautions. *Annales médico-psychologiques*, 109-1, 23, 1951.
- LAFON (R.) et BILLET (R.). — Modifications biologiques apportées par une injection à hautes doses d'insuline chez des sujets non diabétiques. Hypothèses sur la pathogénie du coma insulinaire. *Annales médico-psychologiques*, 111-1, 175 et 289, 1953.
- BOITTELLE (M.-G.) et BOITTELLE-LENTULO (C.). — Tuberculose pulmonaire et choc insulinaire. *Annales médico-psychologiques*, 110-2, 293, 1952.
- BOWMAN (K. M.) et SIMON (A.). — Etude sur l'électro-narcothérapie. Evaluations cliniques. *Am. J. Psychiat.*, 105, 15, 1948.
- BRETON (A.) et DELVALLET (J.). — Le poumon de l'électro-choc. *Echo médical du Nord*, 2 janvier 1944.
- DOREMIEUX (Edm.) et DELVALLET (J.). — Electro-choc et tuberculose. *Société de médecine du Nord*, séance du 31 mars 1944, analysé in *Annales médico-psychologiques*, 103-2, 230, 1945.
- BULLEY (K. G.) et GREEN (B. L.). — La tuberculose pulmonaire chez les schizophrènes après traitement au cardiazol. *Am. J. Sc.*, 201, 504, 1941.
- CARROT (E.), PARAIRE (J.) et CHARLIN (A.). — Considération sur une statistique de 140 malades traités par l'électro-choc. *Bulletin Société médicale hôpitaux de Paris*, p. 103, 1943.
- CHOPLIN (R.). — Le traitement des psychoses par le choc insulinaire simple ou associé à la convulsivothérapie. *Thèse inaugurale*, Lyon, 1938.
- CLAUDE (H.) et RUBÉNOVITCH (P.). — *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, Masson et C^{ie} édit., 1940.
- CLOSE (H. P.). — Traitement par électro-choc des malades mentaux présentant une tuberculose pulmonaire. *Am. J. Psychiat.*, 106, 352, novembre 1949.
- COHEN TENOUDJI (A.). — Thérapeutique de choc chez les malades mentaux tuberculeux. *Thèse*, Alger, 1953.
- COLEMAN (J. V.), HURST (A.) et HORNBEIN (R.). — Contribution psychiatrique au traitement des tuberculeux. *J.A.M.A.*, 135, 699, 1947.
- COLOMB (D.) et LETAILLER (M.). — Essai de radioscopie systématique en milieu psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 102-1, 253, 1944.
- CONSTANS (J.). — Electro-narcose. *L'encéphale*, n° 6, 604, 1950.
- COURBON (P.) et ASUAD (J.). — Insulinothérapie comatogène et cardiazolthérapie convulsivante. *Annales médico-psychologiques*, 97-1, 929, 1939.
- DAUMÉZON (G.) et BENOISTON (J.). — Deux ans de pratique de l'association électro-choc-coramine. 49^e session du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Rennes. *Comptes rendus*, un vol., Masson édit., Paris, 1951, p. 528.
- DELAY (J.), SOULAIRAC (A.) et DESCLAUX (P.). — Influence de l'anoxémie sur le syndrome humoral de l'électro-choc. *Société de Biologie*, séance du 13 avril 1946.
- DELAY (J.) et CLOUTIER (F.). — Le coma post-hypoglycémique Etude pathogénique. *Encéphale*, 41, 505-519, 1952.
- DEMAY (G.), SOULAIRAC (A.) et NAUDASCHER (J.). — Cardiazol et troubles pulmonaires. *Annales médico-psychologiques*, 97-1, 835, 1939.
- DESHAIES (G.) et PELLIER (S.). — Les accidents de l'électrochocothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 108-2, 303, 1950.

- Les contre-indications de l'électrochothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 108-2, 606, 1950.
- DONNADIEU (A.) et PERRENS (F.). — Les traitements de choc chez les aliénés tuberculeux. *Journal de médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 129, 901, octobre 1952.
- L'assistance aux aliénés tuberculeux. Rapport au 50^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Luxembourg, juillet 1952. *Comptes rendus*, Masson édit., Paris, p. 245.
- DURAND (V.-J.). — L'électro-narcose et l'électro-choc prolongé en thérapeutique psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 111-1, 19, 1953.
- ESTES (M. M.) et CLECKLEY (H. M.). — Electro-narcose dans un hôpital général. *Am. J. Psychiat.*, 107, 814, 1951.
- FIAMBERTI (A.-M.). — 50^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Luxembourg, juillet 1952. *Comptes rendus*, Masson édit., Paris.
- FREEMAN (W.). — Les risques de la lobotomie. *J.A.M.A.*, 152, 487-491, 6 juin 1953.
- GALPERIN (E. A.). — Complications pulmonaires de l'électro-choc. *Nervopat. psikiat. Moskva*, 18, 52, 1949.
- GARMAN (E.) et EARLY (D. F.). — L'électro-narcose, sa valeur et ses dangers. *Lancet*, 254, 444, 1948.
- GÉRAUD (J.), LABOUCARIÉ (J.), GOURDOU et NICOLAS (J.). — Le problème de l'électro-choc chez les tuberculeux pulmonaires porteurs d'un pneumothorax intra- ou extra-pleural. A propos d'une observation. *Société médicale, chirurgicale et pharmacologique*, Toulouse, 25 mars 1952.
- GHERARDUCCI (D.). — L'électro-choc et la tuberculose pulmonaire des maladies mentales. *Riv. Pat. Nerv.*, 71, 136, 1950.
- GROSS (E. J.) et SCHAEFFER (F. H.). — Les complications pulmonaires de l'insulinothérapie. *Am. J. Roentgen.*, 63, 191, 1950.
- HARRIS et BIRNIE. — Cardiazol et tuberculose pulmonaire. *Brit. Med. J.*, 27 août 1938.
- HEILBRUNN (G.) et WEIL (W.). — Modifications pathologiques du système nerveux central au cours de l'électro-choc expérimental. *Arch. Neur. and Psychiat.*, 47, 918, 1942.
- HEMPHILL (R. E.). — Traitement par les convulsions électriques. Observations cliniques. *Lancet*, 2, 152, 1942.
- HYVERT (M.). — Modifications des manifestations allergiques après l'électro-choc. *Annales médico-psychologiques*, 101-1, 545, 1943.
- IMPASTATO (D. J.) et ALMANI (R. J.). — *N.Y. State J. Med.*, 43, 2057, 1943.
- JENTOFT (B.). — Traitement convulsivant de 56 malades mentaux tuberculeux. *J. Ment. Sc.*, 95, 651, 1949.
- JONES (G. L.). — Complications et contre-indications de l'électro-choc. *Arch. Neur. Psychiat.*, 49, 788, 1943.
- JULIUS (D.) et CEPULIC (P.). — Pathogénie des complications pulmonaires au cours de l'électrochothérapie. *Congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950, vol. IV des comptes rendus, Hermann et C^{ie} édit., Paris, 1171, 169, 1952.
- KALDECK (R.), Mc LAUGHLIN (W. F.), GURRI (J.) et WASSERSUG (J. I.). — Accidents somatiques de l'électro-choc. *New England J.M.*, 239, 773, 1948.

- KALINOWSKY (L. B.) et HOCH (P. H.). — *Traitements de choc et autres méthodes somatiques en psychiatrie*, Grune et Stratton, N.-Y., édit., 1946.
- KARLINER (W.) et SAVITSKY (N.). — Traitement par électro-choc chez les tuberculeux. *Dis. Nerv. Syst.*, 12, 186, 1951.
- KATZ (J.), PLUNKET (R. E.) et LANG (H. B.). — Contrôle de la tuberculose dans les institutions psychiatriques. *N.-Y. State J. Med.*, 51, 3, 1951.
- KATZELBOGEN (S.) et COYNE (A. R. M.). — Electrochothérapie ; études psycho-morphologiques. *Arch. Neur. and Psychiat.*, 52, 323, 1944.
- KEMPNER (W.). — Modifications tissulaires et bacille tuberculeux. *Am. Rev. of Tuberculosis*, 40, 157, 1939.
- KINO (F. F.) et THORP (F. T.). — Electrothérapie convulsive chez 500 malades mentaux sélectionnés. *J. Ment. Sc.*, 92, 138, 1946.
- KINSEY. — Fréquence et causes de la mort dans les thérapeutiques de choc. *Arch. Neur. and Psychiat.*, 46, 55, 1941.
- KNAPP (J.-L.) et CAIN (J.-R.). — Organisation de l'assistance et du traitement des malades mentaux tuberculeux de West-Virginia. *Dis. Nerv. System.*, 10, 81, 1949.
- LAERE (M. van). — A propos d'une contre-indication de l'insulinothérapie. *Acta Neurol. et Psychiat. Belg.*, 49, 331, 1949.
- LAMBERT (P.). — Allergie tuberculeuse et convulsivothérapie. XLVIII^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Besançon-Neuchâtel, 1950, *Comptes rendus*, Masson et C^{ie} édit., Paris, p. 193.
- LAMBIOTTE (L.-O.), WASHINGTON (E.-L.) et BOZALIS (G.-S.). — Conduite à tenir envers la tuberculose des malades mentaux. *Am. Rev. Tubercul.*, 59, 289, 1949.
- LARRIVÉ (E.), MESTRALLET (A.), MATHON (R.) et CARRIER (J.). — Que peut-on attendre du traitement de certains troubles mentaux aigus ou chroniques par le cardiazol ? *Annales médico-psychologiques*, 97-1, 844, 1939.
- LECONTE (M.) et POUGETOUX (J.). — Méthodes de choc et tuberculose pulmonaire. Intérêt de l'isoniazide en médecine psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 111-11, 315, 1953.
- McCLELLAN (J.-H.) et SCHWARTZ (A.). — Le traitement des tuberculeux par électro-chocs. *Am. J. of Psychiat.*, 109, 899-905, juin 1953.
- McLAUGHLIN (W. F.), WASSERSSUG (J. I.) et MACKENZIE (J.). — Conduite à tenir dans un cas d'électrochothérapie présentant des risques inhabituels. *A.M.A. Arch. Neur. Psychiat.*, 67, 407, 1952.
- MONRO (A. B.). — Electronarcose dans le traitement de la schizophrénie. *J. Ment. Sc.*, n° 402, p. 254, 1950.
- MOORE (M. T.). — Electrochothérapie : reconsidération des contre-indications primitives. *Am. Arch. Neur. Psychiat.*, 57, 693, 1947.
- MORGENSTERN (P.) et DEWING. — L'insuline dans le traitement de l'anorexie des malades tuberculeux. Une technique modifiée. *Am. Rev. Tub.*, 60, 25, 1949.
- NORMAN (J.) et SHÉA (J. I.). — Trois années d'expérience d'électrothérapie convulsivante. *New. Eng. J.M.*, 234, 857, 1946.
- NOYES (P. A.). — *Psychiatrie clinique moderne*, Third edition. Philadelphie, W.B. Saunders and C°, 1948.
- PACELLA (B. L.). — Séquelles et complications des thérapeutiques convulsivantes. *Bull. N.Y. Acad. Med.*, 20, 575, 1944.

- PADOVANI (G.). — Traitement moderne des maladies mentales. *Min. Med.*, Turin, 1947.
- PATERSON (A. S.) et MILLIGAN (W. L.). — Electronarcose. Nouveau traitement de la schizophrénie. *Lancet*, n° 6.467, 198, 1947.
- PLEASURE (H.). — 233 malades mentaux tuberculeux traités par électro-chocs. *Am. J. of Psychiat.*, 111, 175-183, sept. 1954.
- POROT (M.). — Article « Insulinothérapie », in *Manuel alphabétique de psychiatrie* (A. Porot et ses collaborateurs), Presses universitaires de France édit., 1952.
- Les troubles mentaux au cours de la tuberculose pulmonaire chronique. Rapport au XLVIII^e congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, Besançon-Neuchâtel, juillet 1950. *Comptes rendus*, Masson et C^{ie} édit., Paris, p. 69.
- Isoniazide et psychisme. *Annales médico-psychologiques*, 112-1, 161-183, 1954.
- Streptomycine, isoniazide et troubles psychiques. *Presse médicale*, 62, 624, 1954.
- et DESTAING (F.). — Streptomycine et troubles mentaux. *Annales médico-psychologiques*, 108-2, 47-74, 1950.
- SUTTER (J.) et BARDENAT (Ch.). — La tuberculose des aliénés. Organisation du dépistage et des soins antituberculeux dans un hôpital psychiatrique. *Annales médico-psychologiques*, 102-2, 388, 1944.
- READ (Ch.). — Conséquences du traitement par le cardiazol. *Am. J. Psychiat.*, 667, 1940.
- RIVOLTA (G.). — La possibilité de traiter par électro-chocs les malades mentaux tuberculeux. *Il policlinico*, 56, 748, 1949.
- RONDEPIERRE (J.), BOURGEOIS (P.) et Mlle BARRAT. — Electro-choc dans un cas de manie aiguë chez une tuberculeuse. Amélioration importante de l'état pulmonaire. *Annales médico-psychologiques*, 99-2, 414, 1941.
- SCHERRER (P.), LECLERC (J.) et LATOUCHE (M.). — Insulinothérapie à petites doses chez deux schizophrènes tuberculeux. *Annales médico-psychologiques*, 111-1, 517, 1953.
- TALATIN (L.). — Insulinothérapie et tuberculose. *Giorn. Psiq. e Neuro-Pathol.*, p. 17, 1942.
- TIETZ (E. B.). — Electronarcose. Comparaison clinique avec l'électro-choc. *War. Médecine*, p. 158, 1944.
- WEINSTEIN (E.-A.). — Traitement par électro-choc et coma insulinique en cas de tuberculose pulmonaire active. *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 118, 36, 1953.
- WINIARZ (W. V.) et HOFFMAN (R. J.). — *J. Nerv. and Ment. Dis.*, 116, 330, 1952.

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 28 février 1955

Présidence : M. B. LOGRE, ancien président

COMMUNICATIONS

Délire aigu au cours du traitement de l'alcoolisme par le disulfirame, par MM. Maurice LETAILLEUR, Jean MORIN et Jean DEMAY.

Les complications psychiques qui peuvent survenir au cours du traitement de l'alcoolisme par la méthode de Jacobsen et Larsen ont déjà fait l'objet de nombreuses publications. Mais ces travaux concernent surtout des cas de confusion mentale ou de réactions anxieuses, de crises d'épilepsie psychomotrice, exceptionnellement d'accès maniaques. Les Américains [Cf. rapport de Charlin au Congrès de Liège, 1954, p. 272] ont décrit des états schizophréniques, et nous avons signalé nous-même (Letailleur et Demay, Congrès de Liège, 1954) la rechute d'un schizophrène en rémission depuis 10 ans.

La littérature est beaucoup moins riche en observations d'accidents aigus survenant chez des éthyliques traités suivant cette technique. En France sont connus : le cas de subdelirium tremens de Mouchette, Vallade et Bec (Congrès de Rennes, 1951, C.R., p. 518), celui d'encéphalite aiguë hyperthermique de Depaillat (Assises Départementales de la Médecine, 1952, C.R., p. 130), un accident grave d'intolérance cutanée avec réaction encéphalitique de Vallade et Bec (*Annales médico-psychologiques*, juin 1952, p. 164).

Il nous a paru intéressant de rapporter deux cas de troubles assez particuliers quant à leur forme clinique (délire aigu) et quant aux circonstances de leur apparition.

OBSERVATION 1. — L... Marcel présentait, à son entrée dans le service, le 16 juin 1953, des troubles caractérisés par des hallucinations visuelles, des

zoopsies et un onirisme très riche. Tantôt il croyait voir sa femme dans les bras d'amants imaginaires, tantôt il jouait le rôle d'un milliardaire en voyage, tantôt il se débattait contre des ennemis, tantôt il signalait à l'entourage des animaux ; les rats, les lézards et les vipères grouillaient autour de son lit et voulaient le mordre. Il était obnubilé, confus, désorienté, agité et bavard, turbulent et agressif ; il cherchait à fuir et à se défendre, exprimant de façon peu cohérente des idées de jalousie, de grandeur et de persécution, justifiées par les phénomènes psycho-sensoriels. L'état physique était très altéré : hyperthermie à 40, déshydratation, oligurie, sudation abondante et tachycardie ; on notait en outre un tremblement intense et généralisé et des réflexes ostéo-tendineux faibles.

Devant ce tableau clinique, le diagnostic de *delirium tremens* paraissait s'imposer, et immédiatement fut instauré le traitement (réhydratation massive, 4560 R.P., nembutal, vitamine B1, cynara, toni-cardiaques, etc...) dont la technique a déjà été exposée devant la Société (cf. M. Letailleur, J. Morin, R. Monnerie et J. Demay, *Annales médico-psychologiques*, juin 1954, p. 76).

Le 19 juin, soit trois jours après, tout était rentré dans l'ordre, les phénomènes psycho-sensoriels ainsi que le délire disparus, la lucidité complètement retrouvée ; la température normale. Il persistait des troubles vasomoteurs avec dermographisme, des paresthésies au niveau des membres inférieurs, une sensation d'orties sous la peau, des fourmillements, une hyperalgésie diffuse au contact et des signes d'imprégnation alcoolique. La prise de contact avec le malade permettait d'apprendre que celui-ci était en traitement dans un service de médecine générale depuis trois semaines : on lui donnait un gramme de disulfirame tous les jours ; mais, profitant du manque de surveillance, il se faisait apporter régulièrement du vin, qu'il absorbait en cachette, soit tôt le matin, soit tard le soir. Ses réactions d'intolérance avaient été assez discrètes pour ne pas trop l'incommoder et pour passer inaperçues. Le sommeil était devenu plus agité et était troublé par des cauchemars ; il éprouvait un malaise indéfinissable. Rapidement étaient apparus l'onirisme et l'agitation, dont il n'avait qu'un souvenir incomplet.

Cinq jours après sa rémission, il a fait une rechute qui a été jugulée de la même façon que le premier accès, mais plus rapidement. Par la suite, après désintoxication à l'aide des médications hépato-protectrices (extraits de foie, méthionine, inositol, choline, cynara, etc...) et vitaminiques, la cure de dégoût par le disulfirame a pu être poursuivie pendant cinq semaines (10 chocs vin/disulfirame). Le malade est sorti guéri le 20 septembre 1953 ; il n'a pas récidivé et reste abstinant.

OBSERVATION 2. — R..., éthylique chronique, avait accepté de suivre une cure de dégoût chez lui en avril 1954. Durant un mois et demi, il a pris 0 gr. 50 de disulfirame et 0 gr. 10 de gardénal, chaque soir, et s'est abstenu de toute boisson alcoolisée. Puis ayant voulu goûter un peu de vin et ayant ressenti un malaise pénible, il a suspendu son traitement et a repris ses habitudes d'intempérance pendant une quinzaine de jours. Après quelques remontrances de son médecin, il décide de se soigner sérieusement, se met au lit et prend 0 gr. 25 de disulfirame et reste complètement abstinant. Au bout d'une semaine apparaissent les premiers troubles, insomnie plus marquée et onirisme nocturne, puis bientôt une agitation et une agressivité qui imposent son hospitalisation.

A son arrivée, il est en proie à un onirisme à caractère terrifiant et agres-

sif extrêmement riche : vision de films de guerre, de scènes de carnage, de représentations funèbres avec héautoscopie. Des chiens, des chauves-souris l'attaquent ; son curé, son patron et des individus menaçants l'assaillent et veulent l'emmener au four crématoire comme espion russe. Il raconte qu'à Beaumont il a cru voir l'enfer tomber sur l'hôpital. Des gens savent ce qu'il pense, le magnétisent pour le faire agir, le suivent à la trace, veulent l'empoisonner avec la poudre à dessécher les cadavres. Au cours de la nuit, un de ses camarades a été changé en bull-dog. Dans la salle d'attente, où il était assis seul avec un infirmier, il reconnaît sa femme et sa fille, et pendant l'examen il s'arrête pour dire : « Vous entendez, on les emmène au four crématoire », et se précipite à leur secours. Il participe réellement à son rêve éveillé, sa conviction est absolue.

L'état général est moins touché que chez le précédent malade : la température ne dépasse pas 38°5, la déshydratation est moins prononcée. Cependant, le teint est terreux et pâle, les conjonctives subictériques, le foie douloureux, les réflexes ostéo-tendineux vifs, le crémastérien droit exagéré ; le tremblement atteint seulement les extrémités.

Ce syndrome a disparu en 48 heures et petit à petit les signes d'imprégnation se sont estompés. Le malade est sorti guéri le 5 août.

Le tableau clinique, surtout dans le premier cas, est celui du delirium tremens avec au premier plan les phénomènes psychosensoriels, le délire secondaire à l'onirisme et aux hallucinations, les réactions de défense et l'agitation qui en sont la conséquence directe, le syndrome neuro-végétatif central et le tremblement. Seules quelques nuances symptomatiques différencient ces deux observations : chez le premier malade, la confusion est plus marquée et les signes généraux sont plus graves ; chez le second, la thématization délirante est plus nette, sans doute parce que le déficit intellectuel passager est moins profond.

Les conditions d'apparition du délire aigu chez ces deux malades sont un peu différentes. L... a continué à boire quotidiennement, certainement beaucoup moins qu'avant son entrée à l'hôpital, mais régulièrement, et a absorbé, en même temps, pendant trois semaines, une dose importante de disulfirame, un gramme chaque jour. R... ne prenait que 0,25 gr. du même produit, mais était complètement abstinent.

Ces observations posent une fois de plus le problème pathogénique des accidents de la cure de dégoût par le disulfirame, et celui du delirium tremens.

La surintoxication par les produits de dégradation de l'alcool, mise en cause par Lecoq, paraît à peu près certaine, dans le premier cas tout au moins. Cet auteur (cité par Vallade et Bec, *Annales médico-psychologiques*, 1952, p. 164) a démontré que « l'antabus crée une surintoxication alcoolique qui se manifeste par une exagération du taux de l'acétaldéhyde et l'acide pyruvique dans le sang et vraisemblablement dans les tissus ». Ordinairement L... supportait relativement bien 3 ou 4 litres de vin chaque jour, peut-être plus ; pendant son séjour à l'hôpital, le quart ou le tiers de cette dose a sans doute provoqué, sous l'action du disulfirame, une surcharge de produits toxiques

du catabolisme de l'alcool. Tout s'est passé comme si au lieu de réduire la quantité de vin absorbée, le malade l'avait considérablement augmentée. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, de prime abord, il semble que l'on peut parler de *delirium a potu nimio*. Et ceci d'autant plus qu'ultérieurement le sujet n'a pas été incommodé par une cure conduite suivant les conditions habituelles : 1 gr. de disulfirame pendant 4 jours, puis 0,75 (8 jours) et 0,50, et deux chocs par semaine avec 30 à 150 cm³ de vin.

La toxicité du produit sensibilisateur peut sans doute être évoquée dans la deuxième observation, mais aussi le sevrage d'alcool. Boittelle et Boittelle-Lentulo (*Annales médico-psychologiques*, 1953, T. II, p. 393) ont rapporté des confusions mentales provoquées par le disulfirame sans alcool. Knutsen a signalé un syndrome semblable chez un sujet qui avait absorbé dans la semaine 15 ou 20 gr. de T.T.D. (Cf. Perrin, *Etudes antialcooliques*, 1950, p. 54). Par contre, Charlin cite un de ses malades qui, après avoir bu un litre de vin, avale un tube de comprimés d'espéral, présente un collapsus cardiovasculaire intense sans autre conséquence. Il faudrait supposer une susceptibilité particulière du sujet, car la dose utilisée (0,25 gr.) est ordinairement très bien supportée, et le malade n'avait extériorisé aucun signe d'intolérance lors de la première expérience thérapeutique. Ne peut-on incriminer le sevrage brutal, après une quinzaine de jours d'alcoolisation massive, et parler de *delirium tremens a potu suspenso* ?

Le syndrome neuro-végétatif central, surtout net dans le premier cas, le plus aigu, pose une fois de plus, comme pour le *delirium tremens*, la question du mécanisme de ces accidents. Les désordres vasomoteurs périphériques observés chez L..., même après guérison de l'accès aigu, rappellent les perturbations sympatho-vasculaires mises en évidence par Dublineau et Ridoux (*Annales médico-psychologiques*, 1948) chez les alcooliques. Il semble que ces troubles avaient atteint leur maximum à la fin de la période où le malade buvait beaucoup moins, mais prenait en même temps du disulfirame à dose importante. L'œdème cérébral, mis en cause par Holitscher et Steinbach (1915) et repris depuis 1952 par Delmas-Marsalet dans le D.T. peut être incriminé également ici. En effet, comme le rappelle Charlin dans son rapport au Congrès de Liège, dans tous les cas de décès provoqués par l'usage du disulfirame, qui ont été suivis d'autopsie, l'œdème cérébral a toujours été retrouvé (Jacobsen, Furtado, Alliez, Roger et Hajjar, etc...). « Jacobsen, dit Charlin, fait remarquer que l'alcool absorbé en quantités élevées peut donner les mêmes accidents. » Là encore apparaît l'identité d'effet entre des doses massives d'alcool et des doses plus faibles mais associées au disulfirame.

Le microbisme latent sur lequel Valade et Bec (*loc. cit.*) ont insisté à propos de leur observation d'encéphalopathie, n'est sûrement pas négligeable. Nous avons rappelé, au Congrès de Liège, que nous observons souvent, pendant la période de désintoxication, « des petites poussées fébriles d'étiologie indéterminée difficiles à juguler, même par les antibiotiques ».

Ces observations nous permettent de conclure, comme nous l'avons déjà fait dans d'autres publications, d'accord avec la plupart des auteurs, que la cure de dégoût sans une surveillance stricte du malade et sans une désintoxication préalable, présente des dangers.

Un cas de schizophrénie. Discussion étiologique. Effet de plusieurs centaines d'électrochocs, par M. S. LEBOVICI.

Le jeune Jacques, dont nous avons l'honneur de présenter l'observation, était âgé de 22 ans quand nous eûmes l'occasion de l'examiner en novembre 1954.

Nous résumerons d'abord brièvement son observation :

La famille de ce sujet est normale ; elle a beaucoup souffert de persécutions allemandes pendant l'occupation et nous verrons dans quelles conditions dramatiques une sœur de Jacques fut arrêtée quelques mois avant le début de sa maladie. Celui-ci remonte à 1944, et l'on parla en Suisse, où il fut soigné, d'un épisode confusionnel. Il subit alors une cure de Sakel. Rentré en France, il fut traité par des chocs cardiazoliques. Il put reprendre sa scolarité pendant quelques mois. Une rechute fut traitée par des électrochocs, puis par des comas insuliniques. Mais depuis plusieurs années, Jacques vit chez ses parents, inactif et muet. Il a pris l'habitude d'aller une ou deux fois par semaine se faire faire dans une maison de santé des électrochocs. A chaque séance, il n'est pas hospitalisé et rentre le même jour chez lui. Ses parents ne constatent, à la suite de cet électro-choc bihebdomadaire, ni amélioration, ni aggravation. Ils sont incapables de préciser le nombre total d'électro-chocs qui ont pu être pratiqués, mais affirment que cette pratique dure depuis plus de quatre ans et que Jacques a eu plusieurs centaines d'électro-chocs. Lorsque nous l'examinâmes, le diagnostic d'un syndrome catatonique était évident.

Nous avons su qu'au début de cette année Jacques a traversé une période d'excitation au cours de laquelle il s'est promené nu dans la rue et nous avons proposé à la famille de l'examiner et de faire un certificat de placement volontaire, ce qu'elle a refusé.

Cette observation ne mérite d'être présentée qu'à cause de deux particularités :

- 1° les circonstances dans lesquelles la maladie a débuté ;
- 2° l'électrochocthérapie inusitée qui a été pratiquée.

1° LES CIRCONSTANCES D'APPARITION DE LA MALADIE. — Jacques a été, semble-t-il, un enfant normal jusqu'à 11 ans 1/2. En 1944, sa famille était réfugiée en Corrèze. Au cours d'une promenade qu'il faisait avec une sœur, il fut arrêté avec elle par une patrouille allemande. Il put se sauver, pendant que sa sœur restait aux mains des Allemands. Elle mourut d'ailleurs en déportation. Après cet événement, Jacques erra

deux jours dans les bois. On le retrouva hébété, prostré. Les semaines suivantes, il resta dans cet état de torpeur. La famille put se réfugier en Suisse où, 6 mois après cet événement, débutèrent les troubles mentaux d'allure confusionnelle.

Ces circonstances tragiques justifient l'hypothèse qu'elles ont pu jouer un rôle dans le déclenchement de cette schizophrénie.

On sait que depuis les travaux de Claude et Borel reprenant les idées de Freud et Jung, beaucoup d'auteurs ont pensé que le négativisme du catatonique avait un sens inconscient. Sans entrer dans le fond de la discussion de ces hypothèses psychogénétiques, on ne peut pas manquer d'être frappé par les circonstances dans lesquelles a débuté la maladie mentale de Jacques.

2° NOTRE MALADE A REÇU PLUSIEURS CENTAINES D'ÉLECTROCHOCs. — Il avait pris l'habitude, depuis plus de 4 ans, de recourir de lui-même, sans en prévenir ses parents chez lesquels il vivait très inerte, à des séances d'électrochocs une à deux fois par semaine. Il revenait de la maison de santé où il les subissait aussi fermé et inerte qu'à son départ.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant d'essayer de déceler les effets possibles de cette électrochothérapie inusitée.

a) *Au point de vue psychologique*, un test de Wechsler Bellevue (D^r Pichot) donne les résultats suivants :

Q.I. verbal 101.

Q.I. performance 72.

Q.I. global 86.

L'ensemble de la dispersion des résultats est hautement évocateur de la schizophrénie. Mais on voit qu'il n'y a qu'un déficit instrumental léger et que ni la maladie ni l'électrochothérapie n'ont affaibli massivement les fonctions intellectuelles.

b) *L'électro-encéphalogramme* (D^r Verdeaux) est altéré : le rythme de base est entrecoupé d'éléments plus lents de type thêta, qui surviennent parfois en bouffées paroxystiques augmentées par l'hyperpnée.

c) *Le liquide céphalo-rachidien* est normal dans les trois tubes où les réactions cytologiques suivent une progression banale (1,6 élément dans le premier tube, 6,2 dans le second, 10,2 dans le troisième).

d) *La pneumo-encéphalographie gazeuse* n'est pas franchement anormale. Mais il existe des images nettes d'atrophie frontale, bien visibles sur un cliché de profil.

La discrétion des altérations observées dans l'électro-encéphalogramme et les clichés encéphalographiques rend bien compte de l'innocuité de l'électrochothérapie. Elle a eu cependant des effets. On sait que les électrochocs provoquent des altérations électroencéphalographiques généralement régressives, comme nous l'avons montré avec le professeur Heuyer dans notre communication sur l'électrochothérapie en sommation à cette société (1949). Une étude électroencéphalogra-

pique de J.-D. Moriarty, en 1950, a confirmé ces faits. Dans notre observation, les altérations de l'électroencéphalogramme semblent être permanentes. Quant à l'atrophie cortico-frontale, elle paraît être due aux électrochocs, car on ne l'observe pas, à notre connaissance, dans la schizophrénie.

Ainsi, en même temps que l'innocuité relative de cette électrochoc-thérapie intensive, en apparaît l'inutilité ; il n'y a pas intérêt et il peut y avoir certains inconvénients à poursuivre, parce qu'un malade le réclame, une thérapeutique en tout cas inutile.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — La communication de M. Lebovici m'a particulièrement intéressé. Voici un dément précoce dont le début de l'affection mentale remonte à une dizaine d'années et qui, depuis quatre ans, a été soumis à plusieurs centaines d'électro-chocs sans amélioration de son état. Quoiqu'on ne relève rien de particulier au point de vue héréditaire dans ses antécédents, je crois qu'il s'agit d'une de ces formes constitutionnelles dues à un défaut originel du germe. Ce sont des malades qui paraissent normaux jusqu'à un certain âge ; ils présentent d'abord des troubles mentaux polymorphes qui, à plusieurs reprises, s'améliorent momentanément, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement, et qui finissent par devenir chroniques. J'estime que cette forme est incurable ; il est de notre devoir de préciser son mauvais pronostic et de prescrire les électro-chocs à répétition. M. Lebovici a été bien avisé de nous rapporter ce cas, qui peut servir d'exemple.

M. Paul ABÉLY. — Après une expérience suffisante qui s'étend sur maintenant douze ans environ, je suis arrivé à la conviction que chez les schizophrènes les électro-chocs sont en général, non seulement superflus, mais le plus souvent abusifs, et qu'ils doivent être maniés avec une extrême prudence.

Je les considère comme rigoureusement contre-indiqués au début, dans la première année au moins. Car, c'est alors ajouter à la panique affective de cette époque un traumatisme supplémentaire qui accélère l'évolution.

Dans la schizophrénie, ce n'est que d'une façon épisodique, transitoire, brève, et seulement dans des cas précis, qu'on peut s'adresser à cette méthode. Par exemple : 1) lorsqu'il s'agit d'arrêter une anorexie qui représente un danger vital ; 2) lorsqu'il s'agit d'apaiser une agitation catatonique particulièrement violente (encore que dans ce cas quelques ampoules de largactil y suffisent actuellement) ; 3° lorsqu'on veut compléter et stabiliser un traitement par la pyrétothérapie ou la cure de Sakel.

Encore faut-il que le diagnostic ait été solidement assis et après un temps d'évolution suffisant (je le répète un an et plus au moins).

Vouloir se servir de l'électro-choc (comme hélas la pratique s'en répand beaucoup trop) pour établir au début un diagnostic différentiel sans avoir eu le temps de parfaire l'examen clinique, est là un geste plus que blâmable.

M. E. MINKOWSKI. — Quel que soit le cas, plusieurs centaines d'électro-chocs semblent largement dépasser la mesure et appeler ainsi des réserves sérieuses. A ce propos, il y a lieu de rappeler le climat malsain créé par une publicité excessive faite par la presse autour de l'électro-choc et d'autres traitements modernes. Le grand public, de même parfois d'ailleurs que nos confrères non spécialisés dans la matière, ne doivent pas perdre de vue que ce traitement, comme tout autre, comporte des indications et connaît des limites, sur lesquelles il appartient au spécialiste de se prononcer.

M. M. LECONTEE. — s'associe aux déclarations de M. Marchand, et insiste également sur la nécessité de porter avec plus de rigueur les indications des thérapeutiques de choc, dont la vogue actuelle lui semble de plus en plus abusive, en raison de la grande fréquence des échecs de ces traitements qui, au début, ont assurément un effet spectaculaire qui ne dure pas.

Il est exact, comme le fait remarquer M. Minkowski, qu'on adresse aux psychiatres des malades, non pour leur demander une opinion, mais pour leur enjoindre de pratiquer un électro-choc.

Il s'agit, à son avis, d'une question de déontologie qui se perd de vue. On peut se demander si, hormis les cas d'hospitalisation de vieillards, la sédimentation croissante dans les services fermés, due aux rechutes, n'est pas imputable aux traitements de chocs.

Fonctions intellectuelles de 15 malades deux ans après intervention psychochirurgicale, par M. M. DAVID et M^{lle} L. MOOR. (1)

Dans le cadre d'une enquête organisée en octobre 1950 au Centre neuro-chirurgical de Sainte-Anne par le D^r Hécaen, nous avons examiné et suivi pendant deux ans un certain nombre de malades traités par psychochirurgie. Alors que nous avons fait une centaine d'examen préopératoires, nous n'avons revu qu'une quarantaine de malades après 6 mois, 26 après un an et 15 seulement après 2 ans pour différentes raisons d'ordre matériel dont la moindre n'était pas qu'une grande partie de nos malades venait de province.

Nous avons rapporté ici-même en leur temps les résultats antérieurs, absence totale de détérioration, telle qu'elle est mesurée par les tests aux examens pratiqués 6 mois et 1 an après intervention, quelle que soit la catégorie nosographique examinée, névrose, psychose ou pervers instinctifs.

Les malades ont été examinés essentiellement à l'aide de l'échelle de Wechsler-Bellevue forme 1 aux quatre premiers examens (Voir Moor : Psychochirurgie et fonctions intellectuelles, *Thèse Paris*, 1952, et David Moor Rudrauf, in *Annales médico-psychologiques*, octobre 1952, juillet 1953, février 1954). Pour certains, nous avons utilisé aussi les labyrinthes de Porteus et le test de barrage de Zazzo. Après deux ans, craignant l'effet de l'apprentissage, vu les répétitions fréquentes, nous avons utilisé la forme 11 du Wechsler qui est tout à fait parallèle à la

première. (Nous avons procédé au réétalonnage du test de Wechsler sur notre groupe de malades. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1952). Nous obtenons alors les résultats résumés dans le tableau suivant :

(1) Travail du Centre neuro-chirurgical de l'hôpital Sainte-Anne (service du Professeur agrégé Marcel David).

	PRÉ	2 ANS	DIFFÉRENCE SUR LA MOYENNE	R PRÉ / 2 ANS
Q. I.	+ ,40	- ,20	- ,60	,77
Q. I. verbal	+ ,56	+ ,35	- ,21	,84
Q. I. performances...	+ ,60	+ ,20	- ,40	,67
Informations.....	+ 1	+ ,14	- ,86	,88
Compréhension.....	+ ,37	+ ,28	- ,07	,80
Chiffres.....	+ ,40	+ 2,40	+ 2	,82
Arithmétique.....	+ 1	+ 1,84	+ ,84	,82
Similitudes.....	+ 1,42	+ 1 42	0	,69
Classement.....	+ 1,84	- ,28	- 2,12	,06
Lacunes.....	+ ,56	+ 1	+ ,44	,70
Cubes	+ ,77	+ 1	+ ,23	,55
Assemblage.....	- ,80	- 1,60	- ,80	,47
Code.....	+ ,60	+ ,20	- ,40	,54

Nous constatons donc, deux ans après l'intervention, une légère baisse de l'efficacité portant sur le Q.I. global, aux dépens des épreuves verbales et des épreuves de performance, et qui est d'ailleurs plus marquée dans le domaine non verbal. Cela recouvre la notion classique que les épreuves de performance sont plus sensibles à la détérioration que les épreuves verbales.

En nous livrant à une observation attentive du scatter, nous constatons que c'est à l'épreuve de classement de séries d'images que les résultats ont été les plus altérés par l'intervention notion intéressante, car Mac Fie et Piercy (1) ont écrit en 1952 que c'était l'épreuve du test de Wechsler qui était la moins bien réussie par les malades présentant une lésion organique frontale.

Mais un autre point vaut la peine d'être mentionné ici. Comme nous venons de le voir, les malades traités par psychochirurgie frontale présentent, du fait de la lésion créée au siège de l'intervention, une légère détérioration, du moins en présence des épreuves psychométriques. Ce déficit que l'on ne met en évidence qu'au cours de la deuxième année suivant l'intervention est, par certains côtés, identique à ce qu'on voit chez des malades présentant d'autres types de lésions frontales (tumeurs, par exemple). C'est une difficulté à classer des séries d'images dans l'ordre de succession logique des faits. Mais il en diffère, par contre, totalement dans leur attitude en présence des cubes de Kohs. Nous n'avons jamais constaté de perte de l'attitude catégorielle chez nos malades qui réussissent cette épreuve aussi bien deux ans après lobotomie qu'avant, voire même un peu mieux, cela sans doute car les malades passent le test pour la cinquième fois et que même si les modèles à reproduire dans la forme 11 sont différents de ceux de

(1) MAC FIE et PIERCY. — *Intellectual Impairment with Localized cerebral lesion*. Brain, 1952, p. 292.

la forme 1, ils se sont habitués au maniement des cubes qui était très inhabituel pour eux. Il s'agit là d'un comportement très différent de celui décrit par Goldstein et observé plusieurs fois par nous-mêmes chez des malades atteints de tumeurs frontales. La plupart de ceux-ci éprouvent en effet de grosses difficultés devant cette épreuve.

Ces résultats se retrouvent quelle que soit la catégorie nosographique à laquelle appartient le malade et le type d'intervention pratiquée (lobotomie avec ou sans aspiration et même section sous-corticale orbitaire), contrairement à ce qui a été écrit par Petrie, Fulton et Le Beau en France, en ce qui concerne les sections sous-corticales orbitaires.

En résumé, *notre travail à l'aide du test de Wechsler montre donc qu'il existe une détérioration tardive chez les malades traités par psychochirurgie frontale, qui n'est mise en évidence que deux ans après l'intervention*, et il confirme les dires de Barahona Fernandes, selon lequel ce déficit est bien moindre que celui dû à des lésions frontales. Devant ces résultats, il y a lieu de se poser quelques questions. Ne pourrait-on expliquer cet affaiblissement bien moins important par le fait que la lésion psychochirurgicale est plus limitée que celle provoquée par un processus tumoral expansif envahissant souvent les régions avoisinantes ? Par ailleurs, nous n'observons un déficit que deux ans après intervention (ce qui explique la divergence de nos résultats avec ceux de Le Beau (1) qui a vu ses malades avec un an de recul maximum et le plus souvent 6 à 8 semaines seulement). Il semble donc qu'il y ait une certaine évolutivité, et on peut se demander si en réexaminant nos malades dans quelques années, on n'observerait pas chez eux une perte de l'attitude catégorielle par suite de l'évolution de la lésion cicatricielle.

A ce propos, il faut d'ailleurs signaler que dans les résultats énoncés ci-dessus, nous nous plaçons d'un point de vue statistique, et *lorsqu'on examine des cas particuliers, il existe des variations très appréciables d'un malade à l'autre puisque chez quelques-uns on trouve des résultats psychométriques pratiquement inchangés*. Il n'y a pas de parallélisme entre le déficit observé et l'importance de l'amélioration clinique, ce qui aurait pu s'expliquer par les dimensions de la section et une action de masse, par exemple. Il faut donc tenter d'aborder le problème sous l'angle anatomo-pathologique. L'expérience montre en effet qu'après leucotomie, certains cerveaux réagissent en dégénérant largement autour des plans de section. Meschan et Scrugges, en 1951, ont apporté un nombre élevé de cas de kystes décelés par encéphalographie gazeuse. D'autres cerveaux montrent, au contraire, l'absence de toute lésion autour du plan de section ou des images de restauration qui effacent presque complètement le plan de section. L'affaiblissement pourrait donc être fonction du terrain sur lequel est pratiquée la lobotomie.

(1) LE BEAU. — *Psychochirurgie et fonctions mentales*. Masson, 1954.

En somme, il ressort de ce qui précède que deux ans après intervention psycho-chirurgicale, on trouve chez un certain nombre de malades, mais pas chez tous, une légère baisse de rendement au test de Wechsler, qui va dans le sens de ce qu'on observe chez des malades porteurs de lésions organiques frontales, mais à un degré très nettement moindre, et ce trouble pourrait être fonction du terrain sur lequel est pratiquée la lobotomie.

Quoi qu'il en soit, *les tests mettent seulement en évidence les possibilités de processus opérationnels, et un léger déficit dans ce domaine ne veut pas dire du tout que l'efficiencia du malade ne sera pas améliorée en définitive par suite de la disparition ou de l'atténuation des symptômes morbides.* En effet, les opérations de psychochirurgie ne se font pas sur une personnalité normale, mais elles s'efforcent de transformer une personnalité anormale en la rapprochant de la normale, et le test de Wechsler-Bellevue permet seulement d'appréhender cette personnalité sous un de ses aspects.

DISCUSSION

M. L. MARCHAND. — Dans les recherches de M. David et de Mlle Moor concernant l'appréciation des fonctions intellectuelles chez les lobotomisés, je crois qu'il y a lieu d'envisager l'évolution des lésions traumatiques causées par l'intervention chirurgicale. Comme je l'ai montré ici-même en juin 1950 et en février 1952, à propos de deux malades qui sont mortes, l'une trois mois et demi après la lobotomie et l'autre vingt mois après, il existe au niveau du plan de section un processus inflammatoire en voie d'organisation avec réaction névroglique. Ce processus cicatriciel peut mettre des mois et même des années à se stabiliser. De plus, il faut tenir compte des troubles circulatoires qui sont dus aux oblitérations vasculaires post-opératoires qui entraînent une lente dégénérescence myélinique, qui s'ajoute aux lésions traumatiques du cortex et de la substance blanche. Ainsi, il est possible que, dans certains cas, les désordres intellectuels, que l'on note chez les lobotomisés, ou même l'aggravation de leurs troubles mentaux antérieurs, soient dus au processus cicatriciel.

M. Paul ABÉLY. — Je me demande si les tests permettent d'apprécier *totalment* le déficit intellectuel de ces sujets ; s'ils peuvent en particulier mettre en évidence la diminution du sens de l'initiative et de l'activité spontanée.

Enfin, pour apprécier vraiment le déficit possible qui succède à une lobotomie, il m'apparaît qu'il ne faudrait pas s'adresser aux seuls anciens psychopathes opérés mais aussi à des sujets intacts au point de vue mental avant l'intervention, tels les algiques, rebelles aux traitements antérieurs.

Il faudrait alors établir des comparaisons serrées entre les lobotomies des deux catégories et leurs tests.

Parmi mes relations personnelles, je vois trois lobotomisés pour névralgie rebelle, je les connaissais parfaitement avant l'intervention. J'ai donc là un précieux élément de comparaison. Or, chez tous les trois, je constate d'une façon indiscutable un fléchissement net de l'initiative et un ralentissement de l'activité spontanée. Ces faits sont remarqués par leur propre entourage, qui vit quotidiennement avec eux, et sans avoir besoin de contrôle des tests, je serais curieux de savoir ce que donneraient ces derniers dans de tels cas.

Je ne discute nullement ici de l'action heureuse et même de l'indication

de la lobotomie, puisqu'elle a été la seule capable de rendre à ces malades une existence supportable après l'échec de nombreuses tentatives thérapeutiques.

Mais je reste un peu sceptique devant l'affirmation de l'intégrité intellectuelle totale après cette intervention.

M. M. BERGERON. — Comme le remarque M. P. Abély, il est fréquent de noter après les interventions psycho-chirurgicales une atteinte de l'initiative, dont il serait souhaitable d'apprécier l'importance. D'une façon plus générale, nous tenons à formuler des réserves sur la valeur des critères psychométriques invoqués ici. La seule expérience valable dans ce sens, à notre connaissance, reste le travail d'Halstead, représentant plus de dix ans d'efforts. Il porte essentiellement sur 50 sujets lobotomisés et 50 sujets normaux étudiés par une équipe de psychologues, de psychiatres. Halstead utilise un indice de perturbation basé sur 27 tests ; cet indice se révèle chez les frontaux six fois supérieur à celui des sujets normaux. C'est dire qu'une telle tentative plaide en faveur de la réalité d'un trouble fondamental basal dans les régions cérébrales, substituant d'ailleurs une explication physiopathologique (trouble de l'intelligence biologique) à l'explication psychologique, considérée comme une étape de simple description. Il convient d'ajouter que ces études nécessitent de nouvelles recherches. Sans vouloir réduire leur intérêt, on ne peut les considérer actuellement comme concluantes.

Une expérience de cinq années de lobotomies à l'hôpital psychiatrique de la Sarthe. Échecs et réadaptations sociales, par MM. L. ANGLADE, J. FRAILLON, J. FESSARD et P. MAUNOURY.

Dans un travail présenté à la Société de neuro-chirurgie le 16 mai 1953, nous donnions nos premières impressions de l'action de la lobotomie, plus spécialement sur les états délirants. Nous voudrions aujourd'hui, avec davantage de recul, vous présenter notre expérience de près de six années, concernant des malades lobotomisés dans notre service de l'hôpital psychiatrique du Mans, de juillet 1949 à mars 1954. La durée d'appréciation variant de 5 mois à 5 ans. Il paraît souhaitable de considérer les résultats avec un recul maximum, de nombreux travaux et notre propre expérience mettant en évidence des améliorations très progressives ou tardives.

Les résultats que nous vous présentons aujourd'hui concernent 82 malades femmes dont l'âge varie de 25 à 60 ans, les plus nombreuses de 25 à 40 ans, toutes suivies antérieurement pendant un an au moins dans notre service hospitalier, et pour lesquelles l'indication opératoire, strictement psychiatrique, ne fut posée qu'après l'échec de tous les autres traitements classiques : électroplexies, électronarcoses, cures de Sakel, psychothérapie, thérapeutiques biologiques diverses, etc... Chez toutes ces malades, le début des troubles remonte à 4 ou 5 ans avant l'intervention ; pour plusieurs, 10, 20 ans, et même davantage. Toutes les malades présentées ont été opérées dans le service psychiatrique même où elles ont été suivies avant l'intervention, celle-ci étant pratiquée par la même équipe neuro-chirurgicale : M. le profes-

seur Marcel David et le docteur J. Talairach. Parmi nos malades opérées (82) : 32 sont actuellement sorties, soit 40 % ; 28 sont nettement améliorées, soit 34 % ; 20 sont inchangées, soit 25 % ; 2 sont décédées après l'intervention, pratiquée dans des conditions climatiques particulièrement défavorables. Dans l'ensemble donc : 75 % de malades pour lesquelles l'intervention s'est montrée au moins utile ; 25 % pour lesquelles elle s'est avérée inefficace et a même provoqué deux décès.

Si nous considérons maintenant les différents syndromes, nous obtenons les statistiques suivantes.

Chez les schizophrènes : sur 54 malades opérées, 2 sont actuellement sorties, 21 améliorées et 12 seulement sont inchangées.

Dans les états délirants chroniques : 15 malades ont été lobotomisées, 7 sont sorties, 3 sont améliorées, 4 sont des échecs.

Sur 6 mélancoliques chroniques, nous n'avons à signaler aucun échec, 4 de nos malades sont sorties, 2 sont nettement améliorées.

Les déséquilibres psychiques paraissent, par contre, beaucoup plus rebelles : sur 5 interventions, 1 succès seulement, 2 améliorations et 2 échecs.

Pour les névroses obsessionnelles, notre expérience porte sur une seule malade pour laquelle le succès est indiscutable.

Nous avons également lobotomisé une épileptique avec troubles caractériels graves : ces derniers se sont nettement améliorés sans aggravation de la comitialité.

Le nombre des malades sorties et améliorées étant nettement supérieur au pourcentage représenté dans notre statistique de 1953 (50 % seulement pour 70 % actuellement), il nous semble permis de conclure à une influence favorable du facteur temps.

Considérant avec différents auteurs que le seul vrai critère permettant de juger d'une amélioration est la réadaptation sociale du malade, nous nous sommes attachés à critiquer plus sévèrement nos résultats, spécialement en ce qui concerne les malades actuellement sorties de notre service : comme le fait Yger, synthétisant les travaux du « Board of Control » cités par Paul Cossa et ceux de Deussen, nous classerons nos malades en quatre catégories et désignerons par :

1° améliorations hospitalières, immédiates ou tardives, l'adaptation au milieu de l'hôpital psychiatrique, comprenant l'atténuation des signes psychotiques avec une activité professionnelle subordonnée et un déficit plus ou moins important de la personnalité ;

2° rémissions sociales, immédiates ou tardives, les cas où les malades vivent dans leur milieu social habituel sans activité salariée et avec un déficit certain de la personnalité ;

3° bonnes rémissions, immédiates ou tardives, celles qui assurent une réadaptation suffisante au travail avec une légère modification de la personnalité ;

4° rémissions complètes, immédiates ou tardives, la disparition des symptômes psychotiques, l'absence d'altération de la personnalité, la reprise des occupations antérieures dans le temps d'observation donné.

Pour la première catégorie, concernant les *améliorations hospitalières*, soit 28 de nos malades sur les 82 opérées, nous nous bornerons à signaler que 4 d'entre elles pourraient dès maintenant sortir en milieu familial ou compréhensif pour une réadaptation nécessaire, trois de ces malades ayant été améliorées spectaculairement après 10, 12 et 20 ans d'évolution. Nous rapportons ici l'observation succincte de deux d'entre elles.

Lucienne C..., 48 ans. — Le début des troubles, très ancien, remonte au moins à 20 ans, et aurait commencé lors d'une encéphalite typhique. Traitée dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, elle nous est adressée en décembre 1952. Indifférente, discordante, incohérente, très délirante, et souvent impulsive, les différents traitements successivement institués (chocs, narcoses, cure de Sakel) ne donnent aucun résultat. Lobotomisée le 19 octobre 1953, elle s'améliore spectaculairement après une nouvelle cure de Sakel, quelques semaines de largactil, et la psychothérapie habituelle. Elle peut maintenant reprendre une vie normale en milieu compréhensif. Rémission complète des troubles.

Madeleine B..., 34 ans. — Madeleine est une malade internée depuis 1933, et chez qui les troubles évoluent depuis au moins quinze ans, sans aucune rémission. Une série de cardiazols en 1941, et plusieurs séries d'électroplexies depuis, n'ont donné aucune amélioration. Au moment où la lobotomie est pratiquée, en novembre 1952, Madeleine est très agitée, gâteuse, discordante, présente des idées délirantes polymorphes, incohérentes, s'alimente seulement à la sonde, presque constamment maintenue. Dès janvier 1953, Madeleine est transformée, et se rééduque progressivement. Actuellement, la rémission est complète, et cette malade va pouvoir très facilement reprendre une vie normale en dehors du service.

Si nous reprenons maintenant globalement le comportement de nos *malades sorties*, nous constatons que 9 d'entre elles présentent seulement une « rémission sociale », 7 une bonne rémission, 16 une rémission complète. Mais il est plus évocateur d'examiner les résultats en fonction du syndrome mental.

Chez les schizophrénies sorties : 9 rémissions sociales : 4 hétébéphrénies, 3 paranoïdes, 2 catatoniques ; 6 bonnes rémissions : 5 hétébéphrénies, 1 catatonique ; 7 rémissions complètes : 6 hétébéphrénies, 1 catatonique, à propos desquelles nous résumons brièvement quatre observations.

Marguerite C..., 42 ans. — La maladie débute en 1943 chez cette malade, actuellement âgée de 42 ans. Autisme, dépression, anxiété, idées délirantes à thème de persécution dominant, impulsivité, incohérence, sont les symptômes les plus évidents. Plusieurs séries de traitements électriques, pratiqués durant trois séjours de la malade dans notre service, ne donnent que des améliorations légères et très passagères. Lobotomisée le 9 avril 1951, elle sort guérie cinq mois après et reprend chez elle sa vie normale. Son mari ne tarit pas d'éloges sur les heureux effets de l'intervention.

Mme T..., 24 ans. — La maladie avait débuté avant son mariage, en 1951. L'évolution a été très rapide, et malgré une série d'électroplexies et une cure de Sakel, aboutit à un tableau schizophrénique des plus typiques. Lobotomisée le 29 novembre 1952, elle quitte le service en février 1953. Il s'agit seulement alors d'une bonne rémission qui, depuis, s'est progressivement transformée en rémission complète. « Il y a 100 % de mieux depuis l'opération », nous confirme son mari.

Marie-Louise C..., 33 ans. — Il s'agit d'une malade d'un niveau intellectuel excellent : elle préparait une licence tout en remplissant les fonctions de directrice d'école. Ses troubles ont commencé lorsqu'elle avait 18 ans, et malgré différents traitements par électroplexies, électronarcoses, et deux cures de Sakel, ont abouti à un état d'hébéphrénie irréversible avec impulsivité, incohérence, idées hypocondriaques, autisme, etc... Lobotomisée en avril 1951, elle sort guérie six mois après, et se maintient depuis parfaitement bien, au sein de sa communauté. La constitution schizoïde seule persiste.

Berthe V..., 48 ans. — La maladie débute à l'âge de 24 ans et, pendant huit ans, Berthe V... conserve une activité très réduite et irrégulière ; puis, comme elle devient impulsive, grossière, incohérente, déchire ses affaires, gâteuse, ses parents la gardent nue dans un sac, attachée à son lit pendant près de vingt ans. Lobotomisée en mars 1950, la malade sort de notre service six mois après. Actuellement, après une amélioration lentement progressive, nous nous trouvons en présence d'une rémission complète, qui se maintient cinq ans après l'intervention.

Pour les deux déséquilibrées opérées : 1 rémission complète, 1 rémission sociale, ont été acquises. Si pour les deux malades, il a été bien difficile de s'adapter aux exigences sociales, l'une d'elles a cependant réussi à se construire un foyer et semble maintenant s'adapter définitivement à une vie normale.

Chez les trois mélancolies chroniques : rémissions complètes. Voici un bref aperçu sur deux d'entre elles.

Gabrielle Le C..., 35 ans. — Chez cette malade, le début des troubles se situe probablement à de nombreuses années avant sa première entrée, en juillet 1950. Gabrielle Le C... se montre très anxieuse, présente des idées délirantes de persécution, fait plusieurs tentatives de suicide au cours de raptus anxieux. Traitée à plusieurs reprises par électroplexies, elle est à chaque fois seulement améliorée. Lobotomisée en avril 1951, elle quitte le service deux mois après, complètement transformée. Tout symptôme psychotique a disparu. La malade a mis trois enfants au monde depuis son intervention, et se montre très satisfaite.

Suzanne M..., 59 ans. — Les troubles apparaissent au cours de la guerre ; état de mélancolie anxieuse avec manifestations névropathiques ; durant trois séjours à la clinique, en 1948, 1949, 1950, elle est améliorée par quelques séances d'électroplexies, mais demeure très anxieuse, inerte, incapable de travailler. Lobotomisée en octobre 1950, elle sort en novembre de la même année, et reprend depuis cette date chez elle une vie normale. Aucun accès dépressif important depuis cinq ans. Suzanne M... s'occupe régulièrement et seule à ses travaux ménagers.

Une seule névrose obsessionnelle phobique a fait l'objet d'une intervention et la reprise d'une bonne activité avec conservation du fond psychasthénique a été obtenue.

Madeleine P..., 38 ans. — Chez Madeleine P..., les troubles commencent en 1940 par une dépression avec scrupules, obsessions. Ces troubles vont en augmentant jusqu'en 1949, malgré un traitement par électroplexies. Les phénomènes obsessionnels sont plus nombreux que jamais ; l'anxiété est très intense, empêchant tout travail. Lobotomisée en mars 1949, elle sort en mai, et depuis cette date est suffisamment améliorée pour subvenir seule à ses besoins. Elle conserve certes son fonds psychasthénique, mais cela ne l'a pas empêchée de passer avec succès deux concours. Elle en prépare actuellement un troisième, dans l'administration où elle travaille maintenant.

Dans les sept états délirants : 3 rémissions complètes : il s'agit de délires hallucinatoires ; 1 rémission bonne : délire d'interprétation ; 1 rémission sociale : délire d'interprétation. Voici une observation.

Marguerite V..., 57 ans. — Institutrice retraitée : psychose paranoïaque, évoluant depuis de nombreuses années, avec activité délirante plus marquée durant des phases d'excitation au cours desquelles la malade se montre interprétante, agressive, revendicatrice, hostile envers tout ce qui touche la religion. Aucune amélioration avec les électroplexies et les comas insuliniques. Lobotomisée en janvier 1950, elle sort en mars et mène pratiquement depuis une vie normale d'institutrice retraitée, sans extérioriser la moindre activité délirante.

C'est notre seule bonne amélioration obtenue chez des malades présentant un délire d'interprétation. Il nous est impossible, dans le cadre de cette communication, de nous étendre sur les observations. La thèse de J. Fessard fournira plus en détails les données concernant l'évolution de chacune des malades présentées.

En 1950, le professeur J. Delay affirmait déjà que : « La lobotomie n'a pas d'indications nosologiques mais symptomatiques. Elle n'est pas le traitement d'une maladie mentale, mais de symptômes mentaux à base de « tension nerveuse », avec anxiété, agitation, impulsivité, agressivité. De tels symptômes se rencontrent dans des syndromes obsessionnels, mélancoliques, schizophréniques, les déséquilibres psychiques, les troubles graves de l'humeur et du caractère, parfois isolément, qui constituent des indications éventuelles de cette intervention. Elle exerce une action essentiellement thymique, c'est-à-dire qu'elle agit sur l'humeur et par là-même sur la fonction affective tout entière. »

L'un de nous, la même année, ajoutait : « Pratiquement, il ne vient encore à l'idée d'aucun psychiatre de faire lobotomiser immédiatement un mélancolique, un anxieux, un obsédé. Ce n'est que lorsque les traitements classiques et moins traumatisants se sont avérés insuffisants, inefficaces, que nous demandons au neuro-chirurgien d'intervenir. On peut dire qu'actuellement, en dehors des états démentiels, qui ne sont

pas justiciables de la lobotomie, tout malade chez qui les traitements insuliniques, les chocs, la psychothérapie, les thérapeutiques biologiques, sont demeurés vains, peut bénéficier d'une lobotomie. L'âge n'est pas une contre-indication majeure si l'état des artères n'est pas trop mauvais. »

Cinq ans après, ces considérations nous semblent confirmées et demeurent parfaitement valables dans le cadre de l'expérience que nous vous transmettons aujourd'hui. En effet, l'intérêt des interventions pratiquées nous paraît indiscutable dans l'état actuel de la psychiatrie, puisque plus de 70 % de nos malades sont sorties ou améliorées, parfois guéries de façon spectaculaire, et ont pu ainsi reprendre une activité sociale plus ou moins complète. Si nous en jugeons d'après les résultats que nous avons obtenus, il semble que presque tous les syndromes psychiatriques sont susceptibles d'amélioration : l'hébéphrénie et les mélancolies chroniques réagissent le plus favorablement ; les délires à base interprétative et les déséquilibres psychiques paraissent les plus rebelles.

Talairach, en accord avec les données anatomo-pathologiques exposées par Marchand, précisait à la Société de neuro-chirurgie, en 1952, que la lésion préfrontale « entraînerait une désorganisation sur le plan organique beaucoup plus grande, et surtout une réorganisation beaucoup plus lente » que les traitements psychiatriques habituels. Ceci nous semble en parfaite concordance avec la clinique, puisque d'une part l'intervention réussit là où d'autres traitements n'ont donné que peu ou pas de résultats, que, d'autre part, les améliorations sont progressives et tardives. En effet, cette phase de réorganisation anatomique correspond à la période où l'on peut appliquer à nouveau les thérapeutiques habituelles, et entreprendre avec des chances de succès maximum la rééducation du malade.

La rééducation en milieu hospitalier, très précoce, doit se faire avec l'aide d'un personnel compétent, sous le contrôle quotidien du médecin qui a suivi le malade pendant des années. Pour cette raison, il est préférable de pratiquer la lobotomie dans le service psychiatrique où l'on a pu connaître l'histoire de la maladie, apprécier parfaitement les réactions, les tendances, les goûts de la malade ; en effet, quand le psychiatre qui a préconisé l'intervention n'en est pas lui-même l'instigateur, la psychothérapie est vaine. Lui seul peut juger de la progression de la réadaptation dont tous les stades doivent être appréciés pour la mise en route opportune de traitements médicaux éventuels.

La rééducation familiale et sociale est aussi importante et plus difficile à diriger. Nous signalerons seulement ici que d'après l'enquête sociale effectuée près de nos malades sorties, toutes les rémissions complètes se rencontrent chez des sujets d'un niveau intellectuel normal disposant d'un milieu pour le moins favorable. Par contre, les rémissions incomplètes et surtout les rechutes se rencontrent chez les lobotomisées intellectuellement déficientes se trouvant dans des milieux où toute psychothérapie est illusoire, sinon défavorable.

En ce qui concerne les complications, trois de nos malades opérées ont présenté des crises comitiales, qui réagissent d'ailleurs bien aux barbituriques. Les examens électroencéphalographiques pratiqués montrent une tendance constante à la régression des signes.

Dans aucun cas, nous n'avons enregistré objectivement d'aggravation des troubles chez nos malades. Ceci est vraisemblablement dû au fait que nous nous sommes adressés à des sujets dont la personnalité était d'avance tellement perturbée qu'une modification, même brutale et profonde, ne pouvait se faire que dans le sens d'une amélioration.

A notre point de vue, et en résumé, quelques faits essentiels sont donc à retenir.

1. La lobotomie est et reste une thérapeutique très efficace, mais elle doit n'être pratiquée que lorsque toutes les autres thérapeutiques moins traumatisantes ont échoué. Ses indications sont vastes. Elles dépendent essentiellement de la gravité des signes, de la durée de l'évolution, de l'état d'inadaptation dans lequel le malade se trouve.

2. L'intervention doit être pratiquée par des techniciens éprouvés. La psychothérapie post-opératoire doit être effectuée dans le service où le malade a déjà vécu, être adaptée à chaque cas particulier, poursuivie enfin par le médecin qui a observé le sujet avant l'opération, et qui a posé l'indication.

3. Les résultats ont été appréciés dans un esprit essentiellement pratique, et nous pensons que l'acte psycho-chirurgical se justifie parfaitement puisque 70 % au moins de nos lobotomisées en ont tiré un indiscutable profit ; près de la moitié de ces améliorations se traduisent par une reprise de la vie familiale et sociale, alors que s'offrait aux malades la seule perspective d'une vie définitivement asilaire.

DISCUSSION

M. H. BARUK. — S'il est bien évident que les conclusions scientifiques reposent sur des faits, il est non moins évident que ces faits doivent être correctement observés et correctement interprétés. Or, en ce qui concerne l'appréciation des résultats de la lobotomie, l'interprétation des résultats, même sur des données d'observations exactes (données d'ailleurs très difficiles à préciser), repose souvent, soit sur des conceptions *a priori* ou sur des résultats apparents mais non réels. Par exemple, voici une malade que nous connaissons bien qui, présentant depuis de longues années des obsessions, se fait lobotomiser. Qu'est-elle devenue maintenant ? Elle déclare qu'elle va très bien et n'a plus d'obsessions. On n'est pas absolument certain, d'ailleurs, qu'il en soit ainsi, étant donné le cynisme et le bluff de certains lobotomisés, comme nous en avons rapporté des exemples, tel ce malade qui, à ma consultation externe, déclarait que le résultat était merveilleux et que tout était au rose, et qui, le lendemain, déclarait à mes internes qu'il n'avait voulu que bluffer et qu'en fait il se sentait si déchu moralement qu'il ne désirait qu'une nouvelle opération pour le rendre complètement idiot et lui enlever toute conscience. En admettant même que, dans certains cas, la satisfaction du malade corresponde à des faits réels, il faut savoir parfois de quel prix est payée la disparition de certains symptômes morbides, telle cette jeune fille douce, et parfaitement bien élevée, atteinte aussi d'obsession qui, après l'opération, est devenue agressive, insolente, grossière dans ses

paroles comme dans son expression. Si même on se résignait à faire bon marché de l'éthique, de la conscience morale, du tact, et des qualités psychosociales les plus élevées, pour les sacrifier à la disparition d'une souffrance, il ne faut pas oublier que le sentiment d'infériorité et de déchéance qui résulte de la conscience de cette déchéance est souvent pour le malade même une souffrance morale atroce, plus atroce que ses maux antérieurs, souffrance qu'il dissimule parfois ou qui se dévie ensuite en agressivité.

On vient de nous parler des améliorations tardives. Ce que j'ai vu au contraire dans un grand nombre de cas (dont je pourrais faire aussi les statistiques), c'est l'apparition de signes mentaux épileptiques, d'impulsions agressives, de troubles de contrôle, et surtout de ces impulsions irrésistibles qui poussent le malade à des actes méchants, ou à des agressions, ou à des farces de mauvais goût rappelant la moria, impulsions que le malade regrette, ensuite et qui lui laissent un véritable désespoir. Beaucoup de ces malades, sortis en apparence améliorés, sont ensuite internés et se trouvent dans une situation très pénible au point de vue social, malgré une intelligence conservée. On trouvera, dans les cas rapportés par Bachet, par Bergeron, des exemples très nets à ce sujet. Quand on pense que certains malades auraient pu guérir autrement, et que les critères sur lesquels on décide les lobotomies (absence de résultats des thérapeutiques de choc ou ancienneté relative de la maladie) n'ont pas de valeur, quand on sait quelle énorme proportion d'erreurs il y a dans bien des diagnostics de schizophrènes confondus avec des psychoses maniaques-dépressives atypiques et curables, on ne peut qu'être alarmé du danger que fait courir la pratique de la lobotomie.

C'est pourquoi seul l'examen minutieux des cas détaillés peut être utilisable dans ce domaine et les statistiques seules sont souvent difficiles à interpréter, surtout quand elles ne comportent pas des données sur l'évolution et sur la durée de la maladie.

Si nous quittons maintenant le domaine clinique pour passer dans le domaine anatomique, les plus grands anatomopathologistes du cerveau, tels le professeur Morel (à Genève), le professeur Percival Bailey (à Chicago), sont opposés à la lobotomie par suite des lésions centrales qui en résultent. Ces lésions sont en outre extensives et leurs conséquences pathoarchitectoniques sont soulignées dans l'atlas remarquable et le gros ouvrage de Julie Chevtchenko (1).

Enfin, il est superflu de souligner que toutes les connaissances que nous possédons sur la physiologie du lobe préfrontal sont contraires à une méthode qui altère anatomiquement une région centrale dont l'importance dans l'humeur, le caractère et le contrôle n'est pas à discuter. Les syndromes frontaux expérimentaux ne sont hélas pas rares chez les malades lobotomisés, de même que l'épilepsie consécutive. Sans doute, ces faits ne sont pas constants et il y a même des cas où la lobotomie ne semble suivie d'aucun changement, mais les résultats étant imprévisibles, une telle méthode ne peut pas être justifiée dans la thérapeutique des maladies mentales. Rappelons enfin que, comme l'a justement souligné Wilcox (de Michigan), le président de l'association américaine « d'électrochothérapie », les thérapeutiques de choc et les lobotomies préfrontales semblent reposer sur l'idée de traiter les maladies mentales « par la destruction du tissu cérébral » (2). Nous pensons qu'une telle idée est fautive et dangereuse, et c'est pourquoi on peut considérer que les méthodes de choc et la lobotomie forment un tout, reposant sur l'idée de transformer des affections fonctionnelles en affections organiques, c'est-à-dire à chercher à faire disparaître certains symp-

(1) Ouvrage intitulé « Les résultats des leucotomies préfrontales chez les schizophrènes ». Travail de l'Institut anthropologique de Moscou, 1954.

(2) Paul Wilcox (Traverse City, Michigan). — Brain Facilitation, not brain destruction. The aim in electroshock therapy. *Diseases of nervous system.*, vol. VII, n° 7, July 1946.

tômes par une aggravation de la maladie. Ces méthodes sont d'autant plus injustifiées, qu'il est possible d'obtenir les mêmes améliorations fonctionnelles, parfois même plus rapides et plus spectaculaires sans courir les mêmes risques, comme nous l'exposerons plus loin à propos de la thérapie par le largactil.

M. M. BERGERON. — En dehors des investigations psychométriques sur lesquelles nous venons de formuler des réserves et dont nous comprenons parfaitement qu'elles n'aient pu être poursuivies dans ce travail, nous aimerions que M. Anglade nous précise davantage sur quels critères cliniques et de réadaptation sociale il s'appuie pour apprécier les améliorations dont il nous parle. Il serait bon aussi qu'il nous indique comment il a été procédé à la rééducation de ses malades. Ces problèmes ont été retenus par nous à l'occasion de la thèse de Valois (*Modifications psychologiques entraînées par les interventions psycho-chirurgicales, chez les malades internés, Paris, 1953*) que nous avons inspirée. A défaut de ces éléments d'appréciation, qui jusqu'ici n'ont été, ni très objectivement, ni très minutieusement décrits, et devant la gravité des échecs que nous avons pu observer, nous ne nous croyons pas autorisé à faire opérer les malades mentaux qui nous sont confiés. Dans l'état actuel des choses, il nous a semblé indispensable d'affirmer ici notre attitude de refus devant la psycho-chirurgie.

M. S. FOLLIN. — Je ne voudrais pas revenir sur les problèmes généraux de la psycho-chirurgie et alourdir la discussion. J'ai exprimé mon avis ailleurs (*La Raison*, n° 5), et je n'ai guère changé d'avis depuis.

Je voudrais cependant souligner que je félicite M. Anglade de ne poser les indications de lobotomie que pour des malades très longuement traités antérieurement et pour lesquels toutes les ressources thérapeutiques ont été épuisées. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, et il m'est arrivé de recevoir dans mon service des malades pour lesquels les indications de lobotomie ont été posées avec la plus grande légèreté, quelquefois après à peine six mois d'évolution et alors que très peu de thérapeutiques différentes avaient été mises en œuvre. Mais je voudrais demander à M. Anglade ce qu'il entend exactement par psychothérapie post-opératoire ? Existe-t-il vraiment une psychothérapie spécifique des malades lobotomisés et des techniques particulières ? Vraisemblablement pas. Aussi, je pose toujours la question de savoir comment se fait-il que l'on ne puisse pas faire ces traitements avant la lobotomie ? Question d'autant plus importante que l'on a l'impression que cette psychothérapie joue un rôle capital.

Je sais bien qu'il s'agit de malades difficiles avec lesquels le contact n'est pas aisé, ce qui gêne ou empêche une psychothérapie efficace.

En fait, j'ai personnellement réussi le plus souvent à mettre en œuvre des mesures de psychothérapie en saisissant les phases d'amélioration obtenue par exemple par une série de chocs réitérés. J'ai eu ainsi quelques succès parmi des malades les plus dégradés en apparence, après dix ou quinze ans d'internement. La plus spectaculaire des améliorations récentes que j'ai observées est celle d'une paralytique générale de forme paranoïde, malade dans le service du Dr Guiraud en 1942 et qui avait abouti, dans le fond d'un pavillon de gâteuses, à un état de déchéance effroyable avec agitation, gâtisme, coprophagie, etc. Cette malade, après reprise d'insuline et d'électrochocs, a pu être accessible à une ergothérapie. Elle est actuellement en permission, régulièrement depuis trois mois, et je viens de recevoir ce matin une lettre d'elle, tapée très correctement à la machine. J'espère, si les choses suivent leur cours, pouvoir apporter dans deux ou trois ans son observation détaillée.

J'ai l'impression que de telles observations démontrent l'inutilité de bon nombre de lobotomies, même pour des psychoses très graves.

M. M. LECONTE. — M. L. Anglade ayant évoqué dans le cas de mortalité les mauvaises conditions climatiques dans lesquelles on aurait opéré, il me semble qu'on pourrait lui demander d'ajouter à ses conclusions, posant les indications et les contre-indications, celles de ne pas opérer pendant les mois de chaleur.

M. David voit, dans ce souci du médecin de prêter attention à la mortalité opératoire, un argument de comice agricole.

Il nous semble personnellement qu'il s'agit là d'un problème important pour les familles et fort susceptible de faire s'abstenir légitimement des médecins de recourir à des thérapeutiques pour lesquelles la communication de ce jour ne lui paraît pas plus concluante qu'à M. Baruk, dont il partage les réserves faites par ce dernier.

Nous ajouterons, à l'appui de notre peu d'enthousiasme pour la psychochirurgie, que nous nous trouvons assez défavorablement impressionné par les statistiques de quelque 18 cas, faits opérer par d'autres que par nous, qui se trouvent dans notre service.

Indépendamment des cas mortels, toutes les malades se trouvent encore internées, à l'exception d'une seule sortie assez tardivement, après avoir présenté des phénomènes du type attribué généralement à la périodicité, c'est-à-dire, assez souvent spontanément curable, après des oscillations diverses.

M. P. BOUR. — Frappé que nous sommes par l'objectivité de la statistique de M. Anglade, nous pensons qu'il ne faut pas minimiser l'importance du choc opératoire en lui-même et l'atmosphère nouvelle de psychothérapie consécutive à l'intervention. N'y aurait-il pas à tenter à titre expérimental, comme l'avait proposé Hécœn, un simple trou de trépan chez d'autres malades analogues avec de nouvelles statistiques ?

Par ailleurs, ce n'est pas l'existence des lésions cérébrales qui représente en soi un danger ou une contre-indication à la lobotomie, il y a d'autres exemples, à commencer par la malariathérapie, de guérison de la maladie par la maladie, mais il faudrait savoir *en quoi* les lésions provoquées favorisent une amélioration. Est-ce donc malgré la lésion cérébrale ou grâce à elle que survient l'amélioration ?

Nouveaux résultats favorables résultant de l'association d'hyaluronidase à l'insuline dans les cures de Sakel, par MM. J. BLANDIN, A. GUILLON et Y. RACINE.

Les résultats de l'adjonction d'hyaluronidase à l'insuline pour l'obtention de comas thérapeutiques ont déjà fait l'objet de plusieurs publications, citées notamment dans la thèse récente de l'un de nous (A. Guillon : *L'hyaluronidase : son association à l'insuline dans la cure de Sakel. Thèse, Paris, 1954*).

Malgré l'opinion défavorable de plusieurs collègues, nous persistons à dire, comme le prouvent les résultats exposés ci-dessous, que l'addition d'hyaluronidase à l'insuline dans les cures de Sakel se traduit par une économie d'hormone, une acquisition plus rapide du coma, un réveil plus facile et une diminution du nombre des incidents. Dans cette publication, nous ne voulons revenir que sur l'économie d'hormone réalisée, en essayant de la chiffrer en comparant les doses comatogènes d'insuline utilisée seule, ou associée à l'hyaluronidase.

TABLEAU A. — Hommes traités par l'insuline seule

NOMS	NOMBRE DE COMAS	NOMBRE D'UNITÉS D'INSULINE UTILISÉE SEULE			POIDS EN KGS	RAPPORT : $\frac{\text{dose ins. comatogène}}{\text{poids}}$	
		Premier coma	Dernier coma	Total pour la cure		Premier coma	Dernier coma
A. Abel.....	38	110	110	4.180	69,5	1,72	1,72
R. René.....	44	260	60	8.010	65,5	3,93	0,93
J. Marcel.....	33	80	95	3.085	80	1	1,18
R. Louis.....	62	70	65	4.295	63	1,11	1,03
V. Louis.....	52	150	135	7.350	76,2	1,96	1,77
V. Denis.....	63	80	150	8.550	56	1,42	2,68
R. Henri.....	57	110	100	5.845	71	1,54	1,40
B. Daniel.....	45	115	115	5.175	70	1,78	1,78
D. Pierre.....	76	105	100	7.705	58	1,81	1,74
L. Jean-Marie..	66	110	95	6.700	66	1,66	1,43

TABLEAU B. — Hommes traités par l'association
hyaluronidase + insuline

Noms	Nombre de comas	NOMBRE D'UNITÉS D'INSUL. ASSOC. AV. HYALURONIDASE			Poids en kgs	Rapport $\frac{\text{dose ins. comatogène}}{\text{poids}}$	
		Premier coma	Dernier coma	Total pour la cure		Premier coma	Dernier coma
R. Pierre.....	55	145	150	8.340	73	2,04	2,05
K. Paul.....	62	80	85	5.270	60,2	1,33	1,41
L. Jean-Marie.....	38	75	50	2.230	60,6	1,23	0,82
B. Olivier.....	9	50	50	450	55	0,90	0,90
T. Jean.....	47	80	80	3.760	62,7	1,11	1,11
J. Marcel.....	50	75	70	3.570	73,3	1	0,94
B. Michel.....	25	85	85	1.730	73,6	1,15	1,15
B. Eugène.....	24	45	55	1.155	78,2	0,57	0,71
G. André.....	70	90	85	6.195	72	1,25	1,18
H. Paul.....	44	45	40	1.780	64	0,71	0,61

Avant d'exposer nos résultats en détail, nous précisons que nous avons toujours utilisé de l'insuline amorphe, insuline généralement employée dans tous les hôpitaux psychiatriques, et injectée par voie intramusculaire. Nous voulons aussi rappeler les différentes sortes d'hyaluronidase utilisées, préciser brièvement la technique employée et dire enfin les points qui nous ont servis pour cette comparaison.

Hyaluronidases utilisées : nous avons employé soit de l'hyaluronidase testiculaire (flacons de 150 ou 250 U.R.V. Choay et flacons de

TABLEAU C. — Femmes traitées par l'insuline seule

Noms	Nombre de comas	NOMBRE D'UNITÉS D'INSULINE UTILISÉE SEULE			Poids en kgs	Rapport dose ins. comatogène poids	
		Premier coma	Dernier coma	Total pour la cure		Premier coma	Dernier coma
P. Muguette.....	53	80	55	2.915	41,5	1,92	1,32
D. Jacqueline.....	42	60	55	2.310	51,6	1,16	1,06
B. Suzanne.....	50	105	90	4.605	57,5	1,82	1,58
T. Yvette.....	19	85	95	1.615	42	2,02	2,25
T. Yvette.....	20	130	140	2.520	43	3,09	3,33
M. Yvette.....	35	70	90	2.895	49,8	1,40	1,82

TABLEAU D. — Femmes traitées par l'association
hyaluronidase + insuline

Noms	NOMBRE DE COMAS	NOMBRE D'UNIT. D'INSUL. ASSOC. AV. HYALURONIDASE			POIDS EN KGS	RAPPORTS : DOSE INS. COMATOGENE	
		Premier coma	Dernier coma	TOTAL POUR LA CURE		POIDS	
						Premier coma	Dernier coma
C. Odette.....	61	60	20	2.420	69,3	0,88	0,36
G. Marie-Thér.	16	70	70	1.120	40	1,75	1,75
G. Pierrette...	72	65	40	5.530	46,6	1,39	0,96
P. Dany.....	25	165	105	2.520	51,6	2,61	2,31
Q. Jacqueline...	41	55	65	2.440	44	1,25	1,46
F. Alice.....	47	40	40	1.705	46,4	0,86	0,86
R. Yvonne.....	38	75	60	2.550	60	1,25	1
G. Étienneette..	31	70	65	1.970	70,2	0,99	0,92
P. Lucia.....	15	70	70	1.000	55	1,40	1,40
S. Marie.....	27	40	35	955	44,5	0,89	0,78
A. Madeleine..	28	60	50	1.525	57,5	1,04	0,87
Ch. Paulette...	55	75	70	2.735	50,7	1,47	1,36
G.M.- Thérèse	44	45	40	1.615	47,4	0,95	0,84
St. Marie-Rose.	30	90	80	2.590	61	1,40	1,25
S. Maria.....	16	50	50	735	37	1,35	1,35

250 U.R.V. Grémy), soit de l'hyaluronidase bactérienne (flacons de 10 U.R.V. Endopancrine). Cette différence de dosage s'explique par l'absence d'unité-étalon internationale. Nous avons utilisé, lors de chaque injection, un flacon entier de l'une ou l'autre hyaluronidase ; leur effet s'est révélé identique malgré la variabilité des dosages ; en effet,

la quantité de produit contenue dans un flacon est celle nécessaire habituellement pour faciliter la perfusion de quantités de liquide de l'ordre de 300 à 500 cc. ; c'est donc plus qu'il n'en faut pour assurer la diffusion de 2 à 5 cc. d'insuline, d'où probablement l'identité des effets. Cette équivalence d'effets a été vérifiée de la façon suivante : chez un même malade, une sorte d'hyaluronidase a été utilisée pendant cinq jours consécutifs ; puis après un repos de 48 heures, pour permettre à cette première hyaluronidase de s'éliminer complètement, nous en avons utilisé une autre sorte pendant cinq jours consécutifs, etc...

Technique de l'association : la technique suivante nous a paru la meilleure : l'hyaluronidase est injectée sous volume constant (3 cc.), quelle que soit son origine, et par voie intramusculaire. L'injection terminée, on laisse l'aiguille en place, et cinq minutes après, on injecte l'insuline par la même aiguille, procédé évitant au malade une nouvelle piqûre et permettant d'injecter l'insuline en plein dans la zone préparée par l'hyaluronidase. La dose d'hyaluronidase est constante tout au long de la cure et associée dès le premier jour à l'insuline. Quant à celle-ci, elle est augmentée par paliers de 5 ou 10 unités au maximum.

Éléments de comparaison : pour apprécier la dose d'insuline utilisée et mettre en évidence l'économie importante d'insuline réalisée grâce à l'emploi de l'hyaluronidase, nous avons fait entrer en ligne de compte :

- le poids du malade au début de la cure ;
- la dose d'insuline nécessaire pour obtenir le premier coma ;
- la dose d'insuline nécessaire pour obtenir le dernier coma ;
- le nombre total de comas effectués chez chaque malade ;
- la quantité totale d'insuline utilisée au cours de la cure pour chaque malade.

Nous avons pu ainsi calculer le rapport : insuline/poids existant lors du premier et du dernier coma. Cela nous a permis d'obtenir le chiffre des différentes doses comatogènes utiles d'insuline, ramenées au kilogramme de poids, doses pouvant ainsi être facilement comparées entre elles ou avec ce que Cossa a appelé la dose limite de sécurité (2,5 unités par kg.).

Exposé des résultats : selon qu'il s'agissait de malades femmes ou hommes, que l'insuline avait été employée seule ou associée à l'hyaluronidase, nous avons groupé nos résultats en quatre tableaux :

COMMENTAIRES. — La lecture de ces tableaux révèle qu'incontestablement, l'emploi de l'hyaluronidase permet d'obtenir des comas avec des doses d'insuline bien moins élevées qu'en utilisant celle-ci seule, doses qui, dans tous les cas, sont nettement inférieures à la limite de sécurité proposée par Cossa. A de rares exceptions près, nous obtenons maintenant des comas chez nos malades hommes avec des doses d'insuline inférieures à 100 unités, et chez nos malades femmes avec des doses inférieures à 80 unités. L'intérêt de ce gain important d'insuline

n'est pas d'ordre économique, car l'hyaluronidase est assez coûteuse, mais en évitant l'introduction de fortes doses d'insuline dans l'organisme des malades, il n'en résulte qu'une action stressante peu marquée ; par ailleurs, une petite quantité de sucre seulement est nécessaire pour obtenir le réveil. Ainsi, le bouleversement somato-humoral subi par le malade est moins important : l'augmentation de poids ne dépasse pas 2 à 4 kgs ; l'apparition d'acné ou de signes de virilisation est peu fréquente, tandis que les périodes d'aménorrhée sont plus rares. Le réveil, enfin, est plus facile et plus rapide ; après celui-ci, nous ne donnons aux malades qu'une biscotte beurrée avec un verre de lait ; il ne se produit jamais de réapparition du coma dans les heures qui suivent.

Rappelons, pour terminer, que l'emploi de l'hyaluronidase oblige à quelques précautions : en effet, si elle permet la diffusion des substances médicamenteuses, elle facilite également celle des bactéries et de leurs toxines. Il conviendra donc de s'entourer des conditions d'asepsie les plus rigoureuses ; il faudra en cesser l'emploi au moindre signe d'une infection quelconque que pourrait présenter le malade.

Étude critique de 150 cas de cure de sommeil, par MM. P. SIVADON et C. FORZY.

Si la cure de sommeil est devenue, depuis plus de deux ans en France, une thérapeutique psychiatrique courante, le médecin se fie le plus souvent, tant les bienfaits du sommeil sont pour lui connaissance intuitive, au simple bon sens et à l'opportunisme plus qu'à une méthode rigoureuse dans son application.

Nous désirons contribuer ici, par l'étude de 150 cures pratiquées au Centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard, et compte tenu des problèmes déjà soulevés dans la littérature, à orienter les indications et à circonscrire les problèmes techniques spécifiques de chacune d'elles, après avoir abordé quelques-uns des aspects de son mécanisme d'action.

Les conditions techniques de la cure. — Les cures de sommeil sont faites, depuis le début de 1953, dans un pavillon ouvert du service sans aucune modification des locaux préexistants : d'une part, une salle au premier étage comportant 11 boxes individuels et, accessoirement, une chambre d'isolement au rez-de-chaussée, utilisée pour les malades dont l'agitation troublerait le sommeil de leurs camarades. La pénombre est assurée par de simples stores. Les consignes de silence affichées aux murs du pavillon limitent un bruit extérieur cependant permanent. Un autre grave inconvénient de l'installation est dû à l'encombrement du service ; en effet, nous sommes contraints le plus souvent de faire coucher la nuit dans les boxes inutilisés de la salle de sommeil d'autres malades choisis évidemment parmi les plus compréhensifs. Le groupe de traitement perd ainsi son homogénéité.

Les infirmiers de la cure sont recrutés par roulement dans l'équipe du pavillon afin que chacun d'eux puisse connaître personnellement les malades de la cure et favoriser, ensuite, leur réinsertion dans l'hôpital au cap délicat de la fin de cure. Un infirmier est toujours présent dans la pièce. Un autre vient l'aider au moment des soins et des repas.

La durée des cures est variable : 15 à 20 jours en moyenne. Nous les avons parfois pratiquées en deux temps : 10 jours — interruption de 4 à 10 jours — reprise de 10 jours. La durée quotidienne du sommeil semble avoir été dans ces cas plus constante. Nous avons, par ailleurs, pratiqué chez des schizophrènes un certain nombre de demi-cures prolongées avec association d'ergothérapie, le matin, dans les ateliers de bas niveau du service.

Les médicaments sont donnés en quatre prises dans la journée. Pour les malades anxieux ou opposants, nous commençons fréquemment la cure par une injection intraveineuse de 0,50 gr. d'eunoctal. La dose quotidienne oscille pour le largactil entre 200 et 300 mgr., en gouttes, comprimés ou suppositoires (nous nous abstenons le plus possible des injections trop douloureuses), pour le phénergan, entre 50 et 150 mgr. en comprimés et suppositoires, pour les barbituriques entre 40 et 80 cgr. en comprimés et surtout en suppositoires — essentiellement l'eunoctal — très accessoirement le nembutal ou l'imménoctal. Le dolosal injectable associé est particulièrement efficace dans les états temporaires d'agitation. Les suppositoires de curare, que nous avons peu utilisés, ont parfois donné des rectites fâcheuses. Citons enfin l'utilisation de la vitaminothérapie, des extraits hépatiques et du rimifon, chaque fois que l'état de santé des malades n'était pas parfaitement satisfaisant.

Ces doses sont exceptionnellement dépassées. Une assez grande latitude est laissée aux infirmiers dans l'horaire des prises et dans la quantité de médicaments à donner. Ils règlent la dose minima nécessaire et peuvent ainsi abaisser dans certaines cures le dosage des barbituriques à 0,20 gr. quotidiens.

Les incidents et accidents médicaux sont exceptionnels.

L'abaissement de la tension artérielle prédominant sur le maxima est constant.

Une seule fois sur 150 cas, un pincement transitoire de la différentielle a nécessité l'arrêt de la cure pendant 24 heures.

Des clochers fébriles paraissant d'origine centrale et conditionnés par l'ingestion de largactil sont assez fréquents mais ne s'associent à aucun autre signe de souffrance centrale. Ils n'imposent pas l'arrêt du traitement. Nous avons noté deux crises d'épilepsie pendant la cure d'un schizophrène sans aucun passé comitial connu.

Enfin, dans deux cas, la cure a dû être interrompue pour des épisodes infectieux pulmonaires, et dans un cas pour un phlegmon de la main.

Nous n'avons jamais noté ni ictère ni phlébite parmi ces 150 cas.

	NOMBRE DE MALADES	MALADES AYANT EU 2 CURES	AMÉLIORATIONS PROFONDES DURABLES	AMÉLIORATIONS LÉGÈRES DURABLES	AMÉLIORATIONS TRANSITOIRES	REFUS DE LA CURE	BOUFFÉES ANXIEUSES
Syndromes discordants..	51	6	10	6	20	1	3
Episodes dissociatifs chez des immatures.....	4		4				2
Syndromes délirants chro- niques hallucinatoires..	9	4	1		8	2	
Syndromes délirants chro- niques interprétés.....	6	1	1		3	1	
Syndromes dépressifs réactionnels.....	19		18				5
Syndromes mélancoliques chroniques.....	4	2			3		1
Syndromes maniaques...	2				1	1	
Confusions.....	6		4			2	1
Bouffées délirantes poly- morphes.....	3		2	1			
Syndromes psychasthéniques.....	15	1	1	3	6	2	4
Syndromes hypochondriaques.....	3		1	1	1		2
Déséquilibres psychiques	13	1	2	1	5	4	3
	135	15	45	13	47	13	21
	150		105				

Le problème de la diététique nous paraît être capital. Ces malades somnolents et alités auraient besoin d'une nourriture légère, variée, souvent semi-liquide. Des difficultés matérielles nous contraignent à donner l'alimentation habituelle à laquelle nous adjoignons cependant du lait, du bouillon et des jus de fruits en dehors des heures de repas. L'idéal serait de ne pas réveiller les malades, mais de les nourrir à la demande à doses légères et fractionnées.

Etude statistique de 150 cas de cure (années 1953 et 1954). — Nous avons retenu les observations de 150 malades dont les dossiers contenaient des renseignements suffisants sur leur comportement dans les mois suivants, qu'ils soient restés dans le service ou qu'il aient été suivis au club de post-cure de l'Elan ou par le service social après leur sortie. 15 d'entre eux ont eu deux cures.

Pour bon nombre d'entre eux, la cure a été le point de départ d'un traitement psychothérapique collectif ou individuel qu'elle a favorisé ou permis.

Nous avons éliminé de notre statistique ceux des malades qui ont eu un traitement de choc intriqué avec la cure.

Le tableau rend compte des améliorations importantes et durables ayant permis la sortie, des améliorations partielles se tradui-

sant par une atténuation des symptômes et permettant une reprise de l'activité à l'intérieur des ateliers du service, des améliorations fugaces du comportement, des rejets sthéniques qui ont nécessité l'interruption de la cure, et enfin des bouffées anxieuses au cours ou à la fin de la cure, en fonction des différents syndromes présentés par les malades.

Nous pouvons, à partir de ces données, tirer quelques conclusions :

1° Sur les 15 malades ayant eu deux cures, 1 seul a bénéficié de la seconde ; dans 5 cas, cette dernière a dû être interrompue à cause de l'opposition sthénique du malade. La répétition des cures nous semble donc contre-indiquée.

2° 45 malades ont été très améliorés et de façon durable par la cure :

10 schizophrènes sur 51 ;

4 immaturés affectifs hospitalisés pour un épisode à symptomatologie schizophrénique sur 4 ;

4 confusions mentales sur 6. Les deux autres cas ont été interrompus par des refus de la cure ;

2 bouffées délirantes sur 3 ;

18 sur 19 des syndromes dépressifs réactionnels sans accès dépressifs antérieurs. (Pour ces derniers, la cure a été généralement courte, en moyenne de 8 à 10 jours).

Le nombre des mélancoliques chroniques et des maniaques que nous avons traités est trop faible pour que nous puissions en tirer des conclusions, mais nous pouvons nous demander si parmi les 18 syndromes dépressifs guéris, certains n'auraient, sans ce traitement, évolué vers la chronicité.

3° L'échec de la cure est évident dans les syndromes psychasthéniques et hypocondriaques et dans les déséquilibres psychiques avec appoint toxicomaniaque :

4 améliorations profondes sur 33 cas malgré un grand nombre d'améliorations transitoires (12).

4° 8 des 9 délirants chroniques hallucinés, de même que 4 schizophrènes hallucinés, ont vu leurs hallucinations disparaître ou diminuer très sensiblement d'une façon temporaire, grâce à la cure, et présenter en même temps une euphorie et une amélioration de leur comportement très caractéristique. Il est difficile de savoir la part de la cure du sommeil et du largactil seul. Nous poursuivons la cure bien souvent par un traitement de largactil (100 mgr. quotidiens par voie buccale) dont on connaît les heureux effets à dose prolongée. Cependant, la cure de sommeil donne les résultats les plus spectaculaires et les plus encourageants pour le malade qui s'adapte alors à la marche du service.

5° Bon nombre des malades opposants ou indifférents ont, en effet, pu, sans que la cure les guérisse, s'intégrer grâce à elle aux différentes activités thérapeutiques du service, passer dans des pavillons libres, s'ils étaient dans des pavillons fermés, aller en permission dans leurs familles qui, jusqu'alors, n'osaient pas les recevoir.

Si l'on additionne les améliorations transitoires aux améliorations durables, on note en effet 105 améliorations sur 150 cas.

6° Parallèlement à cette amélioration du comportement, nous avons noté une amélioration du contact affectif chez les schizophrènes et les délirants. La cure semble rendre les malades plus suggestibles, plus maniables. Elle a pu être le point de départ de psychothérapies de groupe ou de psychothérapies individuelles.

7° 13 cures ont dû être interrompues du fait de l'opposition des malades. Dans 5 cas, nous l'avons déjà signalé, il s'agissait d'une seconde cure. L'augmentation des doses, malgré le refus du malade de dormir, ne provoquerait qu'un état confusionnel toxique. C'est dire l'importance capitale de la préparation psychothérapique du malade à la cure et des visites fréquentes du médecin au cours de celle-ci.

8° Les bouffées anxieuses que nous avons observées dans 21 cas apparaissant au cours ou à la fin de la cure, surviennent particulièrement dans les syndromes dépressifs et psychasthéniques. Elles ne présagent en aucun cas de l'échec du traitement et ne doivent pas faire interrompre celui-ci. Leur étude a été faite dans l'*Evolution psychiatrique* (T. IV, 1954) par l'un d'entre nous avec H. Ey, Faure, Amiel, Iger.

Lorsqu'elles surviennent après la cure, il semble qu'on puisse incriminer dans leur déterminisme l'abandon affectif après un traitement biologique et psychologique intensif. Ce fut particulièrement manifeste dans l'une d'elles où le malade s'est suicidé dans l'hôpital deux jours après la fin de la cure. Pour éviter ce sentiment aigu d'abandon, il est capital de diminuer progressivement les doses de médicaments et d'encadrer, dès la fin de la cure, le malade dans un groupe thérapeutique.

Les mécanismes d'action de la cure de sommeil peuvent être esquissés à partir de ces observations.

L'action spécifique du largactil sur l'équilibre neurovégétatif est indiscutable (sans doute a-t-il une action désensibilisante).

Le sommeil lui-même semble thérapeutique par son mécanisme propre d'enfouissement des préoccupations affectives du malade.

Les malades subissent l'ambiance de façon magique, comme nous l'avons constaté et comme le montre l'attitude des malades observés par E. Monnerot et S. Le Cloarec (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1955, p. 104) : devant le feu artificiel (l'un fait sécher son tabac sur la cheminée, l'autre se masse les cuisses devant le feu...).

C'est, nous semble-t-il, à ce niveau de régression magique que l'action thérapeutique biologique et psychologique du sommeil est efficace.

Les préoccupations dites « altruistes » des malades pendant la cure nous paraissent être explicables par la projection sur leurs voisins de ce désir d'être protégés.

Les différents mécanismes thérapeutiques, tels que nous venons de les esquisser, orientent les recherches vers trois modes très différents de cures.

1° *La cure profonde* (16 à 20 heures quotidiennes), courte, provoquant une rééquilibration neuro-végétative et l'amnésie du conflit responsable de l'état pathologique, dont nous avons vu les effets remarquables dans les dépressions réactionnelles, les bouffées délirantes, les épisodes confusionnels.

2° *La demi-cure prolongée*, précédée de quelques jours de cure complète, associée à une psychothérapie avec gymnastique collective et ergothérapie de bas niveau (modelage, collage de papier, travail du raphia) aux heures de réveil dans la thérapeutique des schizophrènes et des états délirants chroniques. Nous pouvons en rapprocher la cure prolongée de largactil préconisée par M. Lafon dans le *Montpellier médical* (n° nov. 1954).

3° *Le sommeil, thérapeutique symptomatique de l'agitation*, de l'opposition, pendant 2 à 6 jours, permet souvent une réintégration du malade dans l'ambiance du service et évite de le faire passer dans un service fermé lorsqu'il peut bénéficier d'un pavillon ouvert.

Il a, de plus, l'avantage de ne pas être vécu comme un traumatisme, ce qui est souvent le cas pour les thérapeutiques de choc.

Ces différentes techniques, trop schématiquement décrites, nous semblent devoir être l'objet d'une étude plus approfondie.

DISCUSSION

M. P. DENIKER. — Je voudrais poser aux auteurs la même question que j'ai posée à Brisset lorsque nous confrontions, au congrès de Luxembourg (1952) les premiers résultats apportés par lui des cures de sommeil dites « potentialisées » à l'aide du 4560 R.P., et les résultats des cures de chlorpromazine utilisée seule, telles qu'on les pratique à la clinique du professeur Delay. Cette question est la suivante : quelle différence d'indications et de résultats existe-t-il entre les cures de sommeil conduites à l'aide du 4560 R.P. et celles qui utilisent la drogue seule sans qu'il y ait de sommeil ? Cette question posée il y a deux ans et demi n'a pas reçu à ma connaissance de réponse satisfaisante.

En général, les résultats fournis par les cures de sommeil conduites à l'aide du largactil sont identiques à ceux qu'on obtient avec le médicament seul en cure prolongée continue. Par contre, les inconvénients de l'une et l'autre méthode sont très différents : j'ai lu récemment un article de MM. Ey, Sivadon, et de leurs collaborateurs, insistant sur les accidents oniriques et anxieux qu'entraînent fréquemment les cures de sommeil. Ils ont été notés par beaucoup d'auteurs et nous les avons constatés dans l'expérimentation faite à la clinique pour comparer les méthodes.

Il faudrait donc qu'on nous dise avec précision quelles sont les indications spécifiques de la cure de sommeil : nous en avons signalé trois, les cures de désintoxication de stupéfiants, certains états passionnels, et certains cas d'hypocondrie grave. En dehors de cela, nous n'avons jamais vu l'avantage d'associer le sommeil à la chlorpromazine.

La catatonie expérimentale par la chlorpromazine,
par MM. H. BARUK, J. LAUNAY et J. BERGÈS.

Depuis la découverte de la catatonie expérimentale par la bulbo-capnine en 1928, les nombreuses substances capables de reproduire ce phénomène ont fait l'objet d'innombrables communications dans le monde entier. La littérature médicale abonde en effet de publications convergentes ayant trait à des expérimentations qui ont été contrôlées dans à peu près tous les pays. C'est ainsi qu'à côté de la catatonie bulbo-capnique provoquée par un alcaloïde (H. de Jong et H. Baruk), on a décrit des catatonies expérimentales par toxine microbienne (colibacillaire en particulier) (H. Baruk), des catatonies dites hormonales par l'adrénaline et l'acétylcholine (décrite sous ce nom par H. de Jong), des catatonies biliaires (H. Baruk et M. Camus), des catatonies par substances retirées de l'urine (H. de Jong) et des catatonies par l'A.C.T.H. (H. Baruk, Rougerie et Vallancien), etc., etc... (1).

A ces diverses variétés de catatonie expérimentale, nos recherches récentes nous ont montré une nouvelle substance catatonigène, la chlorpromazine ou le 4560 R.P. Ces recherches sont concrétisées dans un film que nous présentons à la société. Nous en résumons ici les principaux protocoles d'expérimentation.

Notre travail a porté sur les vertébrés, depuis le poisson jusqu'au singe, en utilisant des gammes de doses croissantes du produit et en suivant le développement du système nerveux dans l'échelle animale. Nous avons ainsi expérimenté l'action de la chlorpromazine sur le poisson, le pigeon, le cobaye, la souris, le chat, le singe. Pour chaque série d'animaux, nous avons rapporté la dose injectée au poids de l'animal en prenant pour base la dose de 50 mgr. chez un homme de 60 kg. Ces doses ont été progressivement augmentées et ont toujours été administrées, à l'exception du poisson, par voie intramusculaire.

1° *Chez le poisson*, l'action de la chlorpromazine a déterminé une parésie avec une gêne de la nutation, parésie qui a rétrocedé en changeant l'eau du cristalliseur où se trouvait le poisson.

2° *Chez le pigeon*, malgré des doses très importantes (correspondant à 6 gr. chez un adulte de 60 kg.), on observe peu de choses : tout au plus un ralentissement de l'activité avec diminution de l'initiation au vol.

3° *Chez le cobaye*, apparition d'une véritable catalepsie avec conservation des attitudes, à la dose équivalant à 2 gr. 5 chez un homme de 60 kg. A dose plus forte (correspondant à 5 gr.), on voit apparaître des

(1) Toutes ces catatonies ont été rapportées dans les comptes rendus du Congrès international de psychiatrie de Paris 1950, dont plusieurs séances ont été consacrées à la mise au point des différentes expérimentations à ce sujet.

troubles de l'attitude corporelle avec disparition du réflexe de redressement.

4° *Chez la souris*, la catalepsie apparaît à des doses déjà beaucoup moindres et sa durée est plus longue. A doses très fortes, elle est remplacée par une véritable parésie, avec affaissement général de l'animal.

5° *Chez le chat*, l'action de la chlorpromazine détermine de véritables troubles : à faible dose, le sommeil qui est d'ailleurs léger et dont on peut facilement tirer l'animal qui reprend alors un comportement normal. A dose plus forte (correspondant à 500 mgr. chez l'homme) apparaît une ébauche de catalepsie avec légère attitude en flexion et conservation active de certaines positions. Mais on observe également des troubles de la marche à type d'ataxie ébrieuse et troubles posturaux avec suppression du réflexe de redressement.

6° *Chez le singe*, l'expérimentation a porté sur des singes *Macacus Rhésus*.

Les résultats obtenus sont ici d'une importance capitale :

à faible dose (équivalant à 50 mgr. chez un homme de 60 kg.), on observe du sommeil. Mais il s'agit d'un sommeil léger se rapprochant du sommeil physiologique, l'animal pouvant en être facilement tiré ;

à des doses plus fortes (équivalant à 6,9 et 17 fois celle de l'homme), on obtient une véritable catalepsie avec attitude en flexion et attitude dite du « Penseur de Rodin », la conservation active des positions difficiles, le négativisme avec opposition et résistance à la poussée.

Cette catalepsie est d'autant plus importante que la dose est plus forte. De même pour sa durée ;

à un degré de plus (16 fois la dose normale), on voit apparaître une phase de parésie avec affaissement général de tout l'animal.

Conclusion. — En résumé, nous voyons à travers cette expérimentation que :

la chlorpromazine n'a pas d'action catatonigène chez le poisson, ni le pigeon. Ce dernier est pourtant particulièrement sensible aux autres catatonies expérimentales (bulbocapnique, colibacillaire, biliaire) ;

chez la souris, son action reproduit une catatonie typique aussi belle qu'avec la bulbocapnine ;

mais c'est surtout chez le singe que les données de l'expérimentation sont les plus intéressantes : catalepsie typique avec des doses modérées avec reproduction de tous les éléments de la catatonie : attitude en flexion, maintien des positions, négativisme.

Il faut noter, fait très important, que, contrairement à la catatonie expérimentale bulbocapnique, nous n'avons observé chez aucun animal ni hyperkinésies (impulsions ou stéréotypies) ni épilepsie à forte dose. Par contre, à dose faible, chez le chat et le singe, on observe du sommeil, et il faut rappeler à ce sujet les parentés du sommeil et de la cata-

tonie déjà soulignées à propos des autres expérimentations (catatonie bulbocapnique en particulier).

Par ailleurs, nous avons remarqué, au cours de notre expérimentation, que la catatonie par la chlorpromazine n'apparaît vraiment caractérisée que chez les mammifères et qu'elle est d'autant plus facile à obtenir qu'on monte dans l'échelle animale : absente chez le poisson et les oiseaux. Elle n'apparaît que chez le cobaye. Ce qui, étant donné le développement cérébral des animaux, laisse penser à un important facteur cortical.

Enfin, nous devons signaler la très faible toxicité de la chlorpromazine dans son ensemble puisque les phénomènes catatoniques obtenus ne sont apparus qu'avec des doses relativement élevées, et que d'autre part aucun animal n'a succombé à l'expérimentation malgré des doses colossales utilisées.

DISCUSSION

M. A. SCHERR. — En ce qui concerne l'expérimentation animale, à propos du film très intéressant qui nous a été présenté, je voulais demander au professeur Baruk s'il a pu instaurer également des cures prolongées de chlorpromazine chez ses animaux.

Il nous est dit en conclusion du film que les troubles cataleptiques et parétiques observés sont absolument réversibles, ne laissant aucune séquelle. Mais il s'agit de troubles apparus après une injection unique à dose élevée. Ne serait-il pas intéressant d'étudier l'effet de la chlorpromazine lors d'une action prolongée chez l'animal ?

On se souvient en effet de la communication faite par le professeur Steck, de Lausanne, qui signalait l'apparition d'un syndrome qu'il qualifiait d'extrapyramidal chez des malades traités par des cures prolongées de largactil à haute dose.

L'expérimentation pourrait nous éclairer ainsi sur certains inconvénients et peut-être sur le mode d'action d'un médicament qui présente par ailleurs des possibilités remarquables.

Et nous pourrions avoir enfin des données plus précises de posologie.

Le professeur Baruk préconise en effet une posologie modérée, ne dépassant pas 100 mgr. quotidiens.

Certains auteurs, au contraire, et notamment les Suisses, préconisent des doses beaucoup plus élevées, allant jusqu'à 500 et 600 mgr. par jour pour aboutir à un résultat dans des psychoses anciennes.

Par ailleurs, le professeur Baruk a-t-il eu l'occasion d'essayer une technique particulière d'administration du largactil, par perfusions intra-veineuses. Nous avons signalé ici, M. Broussolle et moi-même, l'intérêt qu'une telle technique pouvait présenter, et notamment, pour démarrer, une cure de largactil, mettant ainsi le malade dans un état de réceptivité qui permettait un meilleur contact psychothérapique dès le début du traitement. Car, bien entendu, le traitement médicamenteux seul n'est pas suffisant et doit toujours s'accompagner d'une psychothérapie et d'une réadaptation adéquate.

Sur une série de résultats thérapeutiques spectaculaires par la chlorpromazine dans des psychoses graves suivant une posologie particulière sans association médicamenteuse, par MM. H. BARUK, J. LAUNAY et J. BERGÈS (1).

Il semble que trop souvent la chlorpromazine est utilisée uniquement comme appoint dans les cures de sommeil, associée à de nombreux hypnotiques, barbituriques en général. Nous avons eu l'occasion de voir à maintes reprises que cette technique, non seulement entrave les effets thérapeutiques propres du 4560 R.P., mais encore que, par le caractère souvent néfaste des mélanges médicamenteux et des potentialisations, elle favorise les accidents (vasculaires en particulier, phlébites, artérites).

Une autre erreur consiste, à notre sens, dans la recherche, par l'utilisation de la chlorpromazine à hautes doses, d'un sommeil profond et prolongé, voire même d'une narcose. L'un de nous (2) a déjà insisté sur la confusion regrettable qui existe souvent entre sommeil et narcose. Il est en effet indispensable de ne pas confondre les thérapeutiques par le sommeil vrai, tel qu'on l'obtient par exemple par le scopochloralose, et les thérapeutiques par narcose, ou même par sommeil profond et prolongé.

Les méthodes utilisées à ce sujet dépendent bien entendu de l'idée directrice qui les inspire. Les techniques que nous venons de citer, partant du principe qu'il faut effacer les complexes psychopathologiques du malade en plongeant sa personnalité dans le néant momentanément, et en réalisant parfois même une régression à des stades infantiles. Ceci en vue, par la suite, d'essayer de reconstituer une personnalité nouvelle dégagée de ses réactions pathologiques antérieures.

Le but que nous nous proposons d'atteindre est tout à fait différent. Nous croyons qu'il n'y a pas intérêt à pratiquer une telle dissolution préalable à l'acte thérapeutique, mais seulement à amender et à rectifier les phénomènes pathologiques eux-mêmes. Dans un grand nombre de cas, il est avant tout nécessaire de calmer l'éréthisme neuropsychique qui obnubile le malade. C'est cette action sédatrice qui nous paraît surtout remarquable dans l'emploi de la chlorpromazine. C'est pourquoi, après notre expérimentation chez l'animal, nous avons choisi, en thérapeutique humaine, des doses suffisantes pour réaliser cette action sédatrice, mais insuffisantes pour réaliser de grands bouleversements de la personnalité, ou même des signes d'atteinte architectonique du système nerveux.

(1) Ce travail comporte uniquement l'exposé de nos constatations personnelles, sans aucune étude bibliographique de la question, qui ne pourrait trouver sa place et être complète dans une courte communication.

(2) H. BARUK. — Quelques précisions sur la thérapeutique par le sommeil en psychiatrie. Sommeil et narcose, danger des facteurs toxiques. *Annales médico-psychologiques*, n° 4, novembre 1953.

Technique personnelle d'utilisation de la chlorpromazine. — Pour atteindre le but que nous nous proposons, il faut d'abord tâter la sensibilité du sujet au produit, car il existe d'indiscutables variations individuelles. D'une façon générale, nous procédons de la façon suivante : début du traitement par l'administration de chlorpromazine de la façon suivante (1) :

50 gouttes en deux fois pendant 4 jours ;

100 gouttes en deux fois pendant 6 jours.

Dans cette première phase de traitement, il faut observer minutieusement le malade afin de suivre les réactions de son comportement, et d'autre part afin de surveiller les réactions physiologiques par la prise biquotidienne du pouls et de la température, la prise quotidienne de la tension artérielle.

Dans la seconde période du traitement, on peut procéder de deux façons :

soit en augmentant les gouttes progressivement pour atteindre 200 gouttes par jour en deux prises, le matin à 9 h., le soir à 17 h. ;

soit en passant aux injections intramusculaires : d'abord d'une ampoule par jour de 50 mgr. pendant quelques jours. Ensuite, si nécessaire, deux injections par jour de 50 mgr., l'une le matin à 8 h., l'autre le soir à 18 h. (2). En raison du caractère souvent douloureux de ces injections, nous adjoignons 2 cc. de procaine, et parfois une ampoule d'extrait hépatique qui semble favoriser la diffusion du produit et atténuer sa toxicité pour le foie.

Ce n'est là, bien entendu, qu'un schéma général du traitement, la posologie devant être maniée minutieusement et modifiée en fonction des réactions du malade, de son amélioration et également du degré de somnolence obtenu, puisque, répétons-le, nous cherchons à provoquer essentiellement une action sédatrice avec sommeil léger et non une narcose. Pour cela, nous ne dépassons jamais la dose de 200 mgr. par voie buccale, et celle de 100 mgr. par voie intramusculaire (3).

Pendant toute la durée du traitement, un certain nombre de précautions doivent être observées : prise biquotidienne du pouls et de la température, examens hématologiques répétés, prise de la tension artérielle trois fois par semaine. Il est enfin nécessaire de laisser le malade au lit pendant au moins 2 heures 1/2 après l'administration du produit, d'une part pour faciliter l'action sédatrice, d'autre part pour éviter les incidents dus à l'orthostatisme.

Quant à la durée du traitement, elle est variable selon la rapidité des résultats obtenus. Disons seulement que parfois un premier traitement

(1) Une goutte de la solution spécialisée équivaut à 1 mg. de chlorpromazine. Nous préférons les gouttes aux comprimés qui sont d'un maniement moins aisé.

(2) Nous préférons les ampoules de 50 mg., habituellement réservées à la voie intraveineuse, à celles de 25 mg. qui représentent une quantité de liquide plus importante.

(3) Il y a une différence d'activité de ces deux voies d'administration qui est, à peu près, dans le rapport de 1 à 2.

ne donne qu'une amélioration passagère et qu'un second traitement peut amener une véritable guérison.

Résultats thérapeutiques. — Les détails des résultats thérapeutiques obtenus par la chlorpromazine seront publiés dans des travaux ultérieurs. Nous donnerons ici l'ensemble de ces résultats. Ils *portent sur 73 malades* atteints de psychoses variées dont certaines pouvaient être considérées comme graves. Les résultats obtenus apparaissent des plus encourageants et certains furent même véritablement spectaculaires. Nous en citerons deux pour exemple :

OBSERVATION 1. — M. B..., âgé de 31 ans, dessinateur industriel. Début des troubles mentaux en février 1953 par un délire de persécution avec auto-accusation, et auto-mutilations incessantes. Ce malade présentait des hallucinations auditives, psychiques, très actives. Traité à la maison de santé de Nogent-sur-Marne (D^r Eliascheff) par des séries d'électro-chocs, par la cure de Sakel, et devant l'échec de ces thérapeutiques on envisageait la lobotomie. Entré dans le service en août 1953, il se présentait dans une situation véritablement dramatique, entendant des voix accusatrices, se livrant à des auto-mutilations mettant sa vie en danger, et nécessitant une surveillance constante.

Au bout de quelques mois, le traitement de différentes étiologies retrouvée avait donné une nette amélioration : traitement moral et psychologique en vue d'apaiser les réactions de la conscience morale en face d'une impasse psychologique ; désensibilisation en raison d'antécédents bacillaires ; traitement d'une insuffisance hépatique manifeste.

Malgré la nette amélioration obtenue par ces traitements, le malade restait halluciné, et l'anxiété réapparaissait avec de nouvelles inhibitions, des réponses par monosyllabes, et de nouvelles reprises des réactions d'auto-mutilation. C'est alors que nous avons institué un premier traitement par la chlorpromazine : 50 gouttes en deux fois pendant quatre jours ; 100 gouttes en deux fois pendant six jours ; une injection intra-musculaire de 50 mgr. pendant vingt-cinq jours ; 100 gouttes en deux fois pendant quatre jours ; 50 gouttes en deux fois pendant quatre jours.

Durant ce premier traitement, on obtient une nette amélioration ; le malade parle mieux, est plus détendu. Mais assez rapidement on voit réparaître l'état anxieux avec les réactions d'auto-mutilation.

Deux mois après la fin du premier essai, nous pratiquons un second traitement par la chlorpromazine : 50 gouttes en deux fois pendant quatre jours ; 100 gouttes en deux fois pendant six jours ; une injection intra-musculaire de 50 mgr. pendant cinq jours ; deux injections par jour pendant trente jours (de 50 mgr. chacune) ; une injection pendant douze jours (de 50 mgr.).

Au 33^e jour du traitement, l'amélioration est spectaculaire ; toute anxiété et toute hallucination ont disparu ainsi que toute idée mélarcolique. Le malade reprend de l'activité, lit, s'intéresse aux journaux, va travailler aux ateliers d'ergothérapie du service. Actuellement, le malade est sorti définitivement depuis le 12 décembre 1954. Nous le suivons régulièrement à la consultation externe. Il a dernièrement repris son travail de dessinateur industriel et mène une vie familiale totalement normale.

OBSERVATION 2. — M. C..., âgé de 24 ans, étudiant. Début des troubles mentaux en 1933, au cours du service militaire, à la suite d'une angine ayant fait penser à une scarlatine, par un syndrome considéré comme dissociatif et traité par électro-chocs. Après une accalmie d'environ un an, reprise des troubles mentaux en novembre 1954, caractérisés par un état d'inertie et d'indifférence, par un repli sur lui-même, un apragmatisme, par des impulsions soudaines et des déambulations sans but de plusieurs heures. Vu par le Dr Morlaas, il entre dans le service le 19 décembre 1954. Il présentait alors un syndrome hébéphrénique avec apathie, visage inexpressif, réponses stéréotypées, marmonnements, autisme, impulsions motrices avec agressivité, stéréotypies mimiques incessantes.

On entreprend immédiatement un traitement par la chlorpromazine : 50 gouttes en deux fois pendant quatre jours ; 100 gouttes en deux fois pendant six jours ; une injection intra-musculaire de 50 mgr. pendant trois jours ; deux injections intra-musculaires de 50 mgr. pendant dix jours ; une injection de 50 mgr. pendant huit jours ; 100 gouttes deux fois par jour actuellement.

Au 15^e jour du traitement, le malade est déjà un peu mieux, avec atténuation des stéréotypies, gesticulation moins intense. Au 30^e jour du traitement, on note une transformation spectaculaire du malade. Calme, on peut lui donner une chambre particulière. S'y occupe à de la lecture. Répond correctement aux questions. Les stéréotypies mimiques persistent un peu quand la conversation se prolonge.

Actuellement, le malade est entièrement transformé. Il a arrangé sa chambre, y reçoit l'après-midi d'autres malades avec lesquels il bavarde, joue aux cartes. Il va aux ateliers d'ergothérapie et s'y comporte très normalement. Sa conversation est normale.

Ne pouvant ici multiplier les exemples, nous donnerons une vue d'ensemble des cas traités et des résultats obtenus :

Sur 9 cas de syndromes maniaques : 8 cas spectaculaires avec sédation rapide de l'agitation et retour à la normale en quelques semaines. Dans un seul cas, l'amélioration de l'état maniaque a été suivie d'un état dépressif assez sérieux.

Sur 12 cas de syndromes mélancoliques : 6 résultats spectaculaires avec disparition de l'anxiété, des idées d'indignité et d'auto-accusation. Résultats obtenus en un ou plusieurs traitements par la chlorpromazine. 5 résultats moins spectaculaires avec conservation d'un certain degré d'anxiété, mais reprise d'un contact normal. Ces 5 malades sont encore actuellement en traitement. Enfin un cas où le traitement n'a pu être poursuivi.

Sur 4 cas de syndromes maniaco-dépressifs : ici les résultats sont souvent rapidement spectaculaires dans la phase où se trouve le malade au moment où l'on institue le traitement, mais il tombe assez facilement dans la phase opposée, ce qui nécessite un maniement très minutieux du médicament. Sur ces 4 cas, après tâtonnements successifs, nous avons obtenu deux très bons résultats et une nette amélioration chez les deux autres.

Sur 4 cas de syndromes hallucinatoires avec délire : résultats

spectaculaires sur deux cas avec disparition des hallucinations, des idées d'influence et d'action extérieure. Mais il faut souligner la nécessité d'un traitement prolongé dans ces cas et souvent même répétés après un intervalle libre.

Sur 3 cas de syndromes cénestopathiques, dont un syndrome de Cottard, nous n'avons obtenu aucune amélioration notable. Au contraire, une certaine recrudescence de l'anxiété qui a dû faire interrompre assez rapidement le traitement.

Sur 5 cas de syndromes catatoniques, nous avons obtenu un résultat spectaculaire dans une catatonie périodique dont, malgré les traitements antérieurs, la phase de comportement normal n'avait jamais dépassé 19 jours. Actuellement le malade est sorti de sa catatonie depuis 60 jours et a une activité presque normale dans le service, allant travailler aux ateliers d'ergothérapie. Sur un autre cas, on a obtenu une nette amélioration avec disparition du mutisme, du refus d'aliment et début de reprise de l'activité. Les trois autres cas sont restés inchangés et sont encore en cours de traitement.

Enfin sur 35 cas de syndromes schizophréniques, hétéropsychésiques et paranoïdes, nous avons également obtenu d'excellents résultats. Certains n'ont été que passagers pendant la durée du traitement et persistant un certain temps après. Cependant il faut insister sur le remarquable effet de la chlorpromazine sur les impulsions des hétéropsychésés, leurs stéréotypies, et sur la nette amélioration du contact et du comportement. Chez certains paranoïdes, l'effet est également saisissant sur le cours de la pensée qui redevient cohérente avec disparition du langage si particulier à ces malades. Signalons enfin trois résultats spectaculaires dans des syndromes hétéropsychésiques indiscutables.

En conclusion, la chlorpromazine constitue un progrès considérable dans le traitement des maladies mentales, en dehors du traitement propre à chaque étiologie qui doit toujours être entrepris. Résultats souvent définitifs, parfois palliatifs, mais les traitements répétés des cas seulement améliorés amèneront peut-être de nouveaux résultats. On ne saurait donc trop souligner l'influence remarquable de ce nouveau médicament qui incite à réviser les pronostics en psychiatrie, puisqu'on a pu obtenir des résultats spectaculaires dans des cas déjà anciens considérés par beaucoup comme chroniques. D'autre part, les résultats rapides obtenus dans de nombreux cas et l'innocuité de la méthode enlèvent aux méthodes de choc les quelques arguments qui pourraient encore, pour certains, plaider en leur faveur malgré les inconvénients multiples qu'elles présentent.

DISCUSSION

M. M. HYVERT. — Je crois que le mot de spectaculaire employé par M. Baruk pour qualifier les améliorations obtenues par la chlorpromazine dans des psychoses graves et anciennes n'est pas exagéré.

Je poursuis actuellement une expérience massive sur près de 200 malades anciens et irréductibles par toute autre thérapeutique.

Les premiers résultats en seront publiés prochainement.

J'insiste beaucoup sur l'ancienneté des malades ; la plupart d'entre eux ont plusieurs années d'internement et ont été traités dans différents services par des moyens extrêmement divers, sans aucune amélioration. Il s'agit en grande majorité de schizophrènes profonds, de déments précoces graves, et quelques psychoses hallucinatoires chroniques.

Dès maintenant, il m'est permis d'apporter les précisions suivantes.

1° Comme l'indique M. Baruk, la chloropromazine agit beaucoup mieux, employée seule qu'associée à un hypnotique, comme on le fait dans une cure de sommeil.

Il semble même que l'adjonction d'un hypnotique retarde ou empêche complètement l'action de la chloropromazine.

2° Les doses employées doivent être importantes. En injections, il ne faut pas moins de 150 mgr. par jour, ce qui met certains malades dans un état de somnolence profonde.

Les comprimés agissent avec moins d'énergie, mais on peut atteindre facilement des doses de 200 à 300 mgr., qui sont en général bien supportées.

Il est absolument nécessaire de surveiller de très près la température, le pouls et la pression artérielle.

Plusieurs séries d'injections sont faites, entrecoupées de prises de comprimés.

3° Ainsi que l'a noté M. Dupont, les succès sont beaucoup plus importants chez les femmes que chez les hommes.

L'hypothèse de cette différence pouvait être rattachée à l'action de la folliculine ; celle-ci a été adjointe à doses assez fortes au traitement par la chloropromazine chez les hommes.

Les résultats ont été alors semblables à ceux que l'on obtient chez les femmes.

Pour faire la contre-expérience, une série de malades a été mise à la chloropromazine sans folliculine et les résultats ont été pratiquement nuls. Les malades se sont améliorés lorsqu'on leur a donné de la folliculine.

Chez les femmes hypofolliculiniques, il apparaît aussi nécessaire de donner de la folliculine.

L'adjonction de folliculine a permis d'obtenir d'une manière très rapide les modifications qui tardaient à se manifester avec la chloropromazine seule.

4° Les résultats sont meilleurs et d'emblée assez rapides chez les malades dont le granulogramme est voisin de la normale, c'est-à-dire chez ceux où le facteur étiologique est en voie de régression.

Il y a lieu de remarquer que l'action de la chloropromazine semble agir sur le granulogramme.

En effet, chez certains malades, au granulogramme pratiquement irréductible depuis plusieurs années par tous les traitements étiologiques possibles, on a vu celui-ci s'améliorer à la suite d'une série d'injections de chloropromazine.

Cette action a d'ailleurs été notée par certains phthisiologues, qui ont pensé que la chloropromazine pouvait potentialiser les antibiotiques.

5° L'amélioration psychologique des malades se fait en profondeur.

On voit tout d'abord le malade reprendre un meilleur contact et manifester un désir d'activité ; les symptômes morbides s'atténuent et disparaissent — en particulier les hallucinations, les troubles du cours de la pensée, puis survient rapidement une lucidité particulière avec conscience de l'état morbide, critique de cet état et désir de réadaptation, avec bonne volonté pour suivre les conseils qui sont donnés.

A ma connaissance, chez les malades choisis, il n'existe actuellement aucun traitement qui ait pu donner de telles améliorations, même partiellement.

Il y a lieu d'ajouter que l'état général du malade s'améliore parallèlement ; le malade engraisse, son teint se recolor, les forces reviennent alors qu'il a encore des doses de chloropromazine assez importantes.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une action thérapeutique absolument extraordinaire, dépassant de beaucoup tout ce qu'on a pu obtenir jusqu'alors par tous les procédés connus, et capable d'apporter sur le plan théorique et sur le plan pratique des modifications profondes dans notre attitude vis-à-vis des troubles psychopathiques.

M. P. DENIKER. — Je ne puis que confirmer les indications données par M. H. Baruk et M. Launay, dont la méthode d'utilisation de la chlorpromazine est analogue à celle que nous avons décrite ici-même avec le professeur J. Delay et J.-M. Harl, le 26 mai 1952, et qui a fait l'objet d'une dizaine de nos publications depuis cette date.

Les constatations des auteurs sont pratiquement celles que nous indiquions dans un travail d'ensemble de juillet 1952 (congrès de Luxembourg). Nous serons toutefois plus réservés qu'eux en ce qui concerne les résultats sur la mélancolie vraie où l'électro-choc semble conserver d'indiscutables indications, de même que l'insulinothérapie dans la schizophrénie.

M. H. BARUK. — Comme vient de le souligner M. Hyvert, on ne saurait trop insister sur l'amélioration du fond mental et même des troubles de la pensée après certains traitements au largactil. En ce qui concerne la différence de résultats suivant le sexe, nous n'avons pas de données spéciales sur ce sujet. Remarquons seulement que notre service est un service d'hommes et que la plupart des bons résultats que nous avons obtenus l'ont été chez des hommes. Nous sommes vivement intéressés par les observations d'Hyvert relatives à la folliculine.

En ce qui concerne le problème des *syndromes extra-pyramidaux* abordé par M. Letailleur, ce problème mérite d'être étudié de très près. On peut se demander si, dans bien des cas, les syndromes extra-pyramidaux soulignés ne sont pas seulement des signes catatoniques ébauchés, ce qui s'expliquerait par les données de notre expérimentation animale. La confusion entre syndromes extra-pyramidaux et catatonie est fréquente. Elle a déjà eu lieu pour la bulbocapnine lorsque certains auteurs utilisèrent de fortes doses chez l'homme : ils crurent déterminer un syndrome parkinsonien, et en fait il s'agissait d'un syndrome catatonique. Ce qu'il faut surtout souligner en pareil cas, c'est la *question des doses*. Si on emploie de très fortes doses de largactil, il est possible qu'on arrive à provoquer chez l'homme comme chez l'animal une catatonie expérimentale, mais précisément il faut éviter ces fortes doses, qui dépassent la dose thérapeutique utile et réalisent des signes d'atteinte du système nerveux. A ce sujet, la posologie est capitale et c'est d'ailleurs le but de notre communication et de nos recherches cliniques et physiologiques.

Nous n'avons jamais utilisé ni perfusions, ni injections intra-veineuses, les injections intra-musculaires nous donnant des résultats meilleurs et parfois très rapides même dans les cas urgents, parfois même les gouttes suffisent, tel le cas de ce jeune homme profondément dissocié, avec des stéréotypies, des barrages, du mutisme, des impulsions violentes, qui nous fut conduit un soir pour entrer d'urgence dans notre service. Il n'y avait pas un seul lit de libre, et désolé de ne pouvoir le prendre, nous avons indiqué à son médecin de lui donner 75 gouttes de largactil et de le ramener le lendemain. Le lendemain, il était tellement calme et reprenait si bien contact que le médecin jugeait l'hospitalisation inutile. Cinq jours après, après continuation de ce traitement, le malade nous était conduit à notre consultation, à Sainte-Anne. A notre stupéfaction, il paraissait absolument normal, et même faisait la critique de ses troubles antérieurs, qu'il attribuait à un cauchemar et à des hallucinations qui lui disaient que son père était mort, et qu'il allait être amené devant son cadavre, etc... Quelque temps après, il était si bien que la famille cessa tout traitement brusquement et que le malade alla fêter sa guérison avec une soirée au théâtre et avec une nuit d'amusements. Les jours suivants les symptômes reparaissent ; on reprit alors le largactil et de

nouveau le malade va bien, mais de tels faits montrent qu'il ne faut pas cesser brusquement le traitement et qu'il faut le continuer un temps suffisant.

Enfin, je répondrai à M. Le Guillant que je ne méconnaissais pas l'existence de rechutes et nous avons observé bien des cas où, pendant le traitement, les symptômes morbides disparaissent, l'esprit s'éclaircit, les hallucinations disparaissent, et où, après cessation, les troubles reparaissent comme avant. Mais parfois les résultats se stabilisent après plusieurs traitements.

Quant aux stades expérimentaux chez les animaux sous largactil, ils sont très intéressants. Contrairement à la bulbo-capnine et à d'autres substances catatonigènes, le largactil ne produit pas chez les animaux ces troubles affectifs précoces, ce désintérêt et cet autisme que l'on voit dès le début de l'intoxication bulbo-capnique avant les signes catatoniques, stade initial où l'animal se retire dans les coins et semble totalement replié sur lui-même. L'animal sous largactil, même déjà somnolent, conserve son intérêt à l'ambiance, tel ce chat somnolent qui, voyant une souris, se jette sur elle et la mange sous nos yeux (voir film). Ce n'est qu'à un stade plus poussé, lorsque la catatonie est installée, que l'animal est pétrifié comme une statue.

Notons enfin que, contrairement à ce qui se produit avec la bulbo-capnine, nous n'avons pas noté chez les animaux injectés par le largactil, même à très hautes doses, ces hyperkinésies, ces impulsions, ces crises nerveuses pathétiques, ni non plus ces manifestations épileptiques que l'on note avec les fortes doses de bulbo-capnine. Le largactil ne semble pas épileptogène. Les très hautes doses peuvent seulement déterminer chez l'animal des *parésies motrices* et des troubles de l'équilibre et de la posture, qui semblent bien spécifiques de cette drogue, avec parfois même suspension des réflexes de Magnus.

Enfin, en ce qui concerne le problème des états mélancoliques et dépressifs souligné par Deniker, nous aussi nous avons l'impression au début que la chlorpromazine ne donnait pas de résultats dans les états mélancoliques ou anxieux. Mais là aussi il s'agit d'une question de doses. Les trop fortes doses n'agissent pas sur l'anxiété et peuvent même l'accentuer. Mais avec des doses modérées, nous avons obtenu des guérisons spectaculaires d'accès anxieux, mélancoliques, avec refus d'aliments, idées de suicide, etc... Sans doute, parfois aussi nous avons vu des états maniaques guérir rapidement par la chlorpromazine, virer ensuite à la dépression mélancolique. Il y a là une question de nuances, de doses, de durée du traitement, qui est à mettre au point par une observation attentive et quotidienne.

*

**

Election d'un membre titulaire honoraire

M. Georges LERAT, membre titulaire, demande son admission à l'honorariat. M. LERAT, remplissant les conditions prévues par les statuts, est élu *membre honoraire* à l'unanimité des membres présents.

Invitation de la Royal Medico-Psychological Association

La Royal Medico-Psychological Association a bien voulu inviter la Société médico-psychologique à se faire représenter à sa réunion générale annuelle. La Société a délégué, à cet effet, le D^r Noël PÉRON.

La séance est levée à 20 heures.

Le secrétaire général,
D^r Xavier ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 2 décembre 1954

Présidence : M. A. THEVENARD, président

Réactions, automatismes et activités rythmiques du nouveau-né et du nourrisson, par M. ANDRÉ-THOMAS et M^{lle} AUTGARDEN.

Film montrant l'évolution des réactions réflexes, leur inhibition ou leur persistance, l'extension ou la diminution de la zone réflexogène au cours de l'évolution du perfectionnement de la réaction motrice.

Le syndrome neuro-anachlorhydrique,
par MM. R. LAFON, P. PAGÈS, R. LABAUGE et J.-P. TEMPLE.

L'anachlorhydrie peut être retrouvée dans des syndromes neuro-psychique divers. Il s'agit, d'ordinaire, de malades de 50 ans, éthyliques ou gastrectomisés. On peut observer, à côté de la myélose funiculaire, des syndromes pyramidaux ou même de sclérose multiloculaire. Des manifestations encéphaliques irritatives ou déficitaires, parfois découvertes purement électriques, peuvent être observées. Toutes les localisations polynévritiques au niveau des nerfs craniens sont possibles. Les manifestations psychiques peuvent revêtir tous les aspects. Le liquide céphalo-rachidien est souvent le siège d'une dissociation albumino-cytologique. Pas d'anémie, les traitements par la vitamine B12 ont donné des résultats très variables selon les cas. La physiopathogénie et les rapports des syndromes neurologiques avec l'anachlorhydrie sont envisagés et discutés.

Les neuropathies achyliques, par MM. G. BOUDIN et J. BARBIZET.

Trois observations de sclérose combinée de la moelle, avec achylie gastrique, mais sans aucun stigmate sanguin ou médullaire d'anémie pernicieuse.

Evolution variable : le plus souvent après six mois, un an, ou deux ans, les signes sanguins peuvent apparaître, mais cela ne semble pas une règle absolue. Les auteurs insistent sur l'intérêt de ces formes, de la biopsie gastrique et du dosage de la vitamine B12 dans le sang. Ils discutent le rôle de la vitamine B12.

Méningiome du foramen ovale à forme dementielle et extra-pyramidale. Ablation. Guérison, par MM. J. PAILLAS, J. BOUDOURESQUES et MENANTEAU.

L'association épilepsie-endocrinopathie (épilepsie d'origine profonde avec tracé épileptique de type « Petit Mal » et endocrinopathie d'origine diencéphalique), par MM. G. BOUDIN, J. BARBIZET et R. LABET.

Epileptique ancien ayant une nette tendance au gigantisme, à une discrète polyglobulie, et à la polydipsie. Bien que la selle turcique soit normale, l'ensemble réalise un syndrome endocrino-épileptique.

Un cas d'amyotrophie distale de type Charcot-Marie avec nystagmus, par MM. A. CRÉMIEUX et Y. POURSIDES.

Maladie de Charcot-Marie qui atteint en très peu de temps les membres supérieurs et les membres inférieurs et s'accompagne de nystagmus avec syndrome vestibulaire. L'ensemble évoque le syndrome de Friedreich, mais le syndrome vestibulaire remarqué dans ce cas n'est pas du type de celui qui est observé dans la dégénérescence cérébelleuse. Le syndrome de la maladie de Déjerine-Sotat comporte du nystagmus, mais elle est éliminée par l'étude histologique d'une biopsie musculaire montrant une infiltration pré-collagène avec prolifération nucléaire.

Maladie de Kussmaul à forme neurologique,
par MM. M. RISER, J. GÉRAUD, L. RIBAUT et L. GLEIZES.

Au cours d'un syndrome infectieux, avec très importante asthénie, syndrome neurologique constitué par des paresthésies, de l'amyotrophie, douleur, signe de Babinski. Il s'agissait d'une maladie de Kussmaul vérifiée histologiquement.

Hématome du centre ovale par rupture d'anévrisme infectieux de nature probablement oslerienne, par MM. R. LAFON, P. PAGÈS, R. LABAUGE, B. WLAOCITCH et COMELADE.

Chez un malade atteint de maladie de Bouillaud et de maladie mitrale, syndrome neurologique d'origine infectieuse, sans doute en rapport avec une maladie d'Osler. Au point de vue anatomique, il s'agissait d'un hématome du centre ovale et l'examen du vaisseau rompu a montré qu'il était le siège d'un anévrisme sans doute oslerien.

Thrombose de la carotide interne. Décès par hémorragie cérébrale après intervention. Etude anatomo-clinique, par MM. Y. POURSINES, J.-E. PAILLAS, J. ALLINE et J. BONNAL.

Sujet de 60 ans présentant une hémiplégie gauche. L'apparition d'une éclipse cérébrale par compression de la carotide gauche fait porter le diagnostic de thrombose de la carotide droite, diagnostic vérifié par l'artériographie. La désobstruction est impossible à l'intervention, au cours de laquelle on pratique une artériotomie et une stellectomie. Mort en 48 heures. A l'autopsie, nécrose ischémique de caractère ancien, qu'il est possible de rattacher à la stellectomie.

Anévrysme artério-veineux chez un enfant. Etude clinique et artériographique, par MM. ANDRÉ-THOMAS, M. DAVID et J. DE AJURIAGUERRA.

Enfant atteint d'hémiplégie avec tremblement cinétique et mouvements de type athétosique. L'artériographie a mis en évidence un anévrysme artério-veineux des noyaux gris. Les auteurs insistent sur l'intérêt des examens artériographiques chez les sujets jeunes présentant une hémiplégie à évolution progressive.

Anévrysmes sacculaires de la carotide supra-clinoïdienne.
Considérations sur 12 cas, par M. E. TOLOSA (de Barcelone).

L'auteur rappelle la symptomatologie nerveuse et oculaire des anévrysmes sacculaires de la carotide supra-clinoïdienne. D'une façon générale, il s'agit d'anévrysmes localisés à la face postérieure de l'artère.

Neuro-ectodermose familiale à type de maladie de Recklinghausen chez la mère, de maladie de Sturge-Weber chez la fille, par MM. P. KISSEL et G. ARNOULD.

Chez une femme de 40 ans, neurofibromatose avec neurinome en sablier. La fille de cette malade était porteuse d'une maladie de Sturge-Weber ; de plus, tache café au lait étendue sur les téguments. Les auteurs pensent qu'il ne s'agit pas d'une simple rencontre liée au hasard, bien que la maladie de Sturge-Weber ne soit pas considérée dans bien des cas comme une infection génétique.

Réflexions cliniques et étiopathogéniques sur 58 observations de crampe des écrivains, par M. A. CHARLIN.

L'auteur décrit trois aspects essentiels de la crampe des écrivains : 1° une forme striée qui évolue au cours d'une maladie de Parkinson ; 2° une forme périphérique souvent observée dans les lésions de la colonne cervicale ; 3° une forme psychique à distinguer de la réaction psychique habituelle de fonction.

**Utilisation du radiophosphate de chrome dans les tumeurs
cérébrales, par M. F. THIEBAUT.**

M. F. Thiébaut a utilisé le radiophosphate de chrome enrobé dans la gélatine, que l'on implante dans la paroi cérébrale après ablation du gliome. Sans un recul suffisant pour juger de l'efficacité thérapeutique, les recherches expérimentales ont permis de préciser qu'il s'agissait d'une activité facilement mesurable et équivalente à des quantités égales de Röntgen.

Séance du 6 janvier 1955

Présidence : M. P. MATHIEU, président

**Hétérotopies volumineuses et malformations de l'hémisphère droit.
Hydrocéphalie avec lésions destructives de l'hémisphère gauche,
seules cliniquement traduites, par MM. M. FELD, J. GRUNER et G. HEUYER.**

Observation anatomo-clinique d'une malformation hétérotopique considérable de l'hémisphère cérébral droit, cliniquement latente. Chez un enfant, examiné à 22 mois, pour un retard psychomoteur grave accompagné d'une hémiplegie droite, les examens pneumographiques montrent une hydrocéphalie unilatérale gauche, qui guide les indications opératoires. Les examens anatomiques de l'encéphale révèlent la présence de volumineux amas hétérotopiques centro-hémisphériques droits, constituant une pseudo-tumeur. L'absence du ventricule droit, qui n'est représenté que par une minuscule corne temporale, est à l'origine précoce de la malformation qui intéresse la vésicule pro-encéphalique latérale.

**Paralytique général juvénile 2 fois impaludé, en rémission depuis
16 ans, par MM. J. RONDEPIERRE et F. MARTIN.**

Observation d'un paralytique général juvénile impaludé une première fois à 15 ans, une deuxième fois à 17 ans, chez lequel les réactions sérologiques sont redevenues positives. Résultat fonctionnel remarquable des deux impaludations sans que l'on puisse parler d'arrêt du processus évolutif.

**Interprétation physio-pathologique des symptômes cliniques et
électro-encéphalographiques de la rage furieuse, par MM. H. GASTAUT et
G. MILETTO.**

Etude physiologique du rhinencéphale dont l'excitation a permis d'obtenir l'hypersécrétion salivaire, la piloérection, la mydriase, l'hyperthermie, la réaction entraîne l'hyperkinétisme, le réflexe oral, réaction de peur et de colère. Tous ces troubles sont observés dans la rage ; d'autre part, l'étude électro-encéphalographique de la rage montre une simple décentralisation

sans signe de souffrance semblable à l'aspect obtenu lors de l'excitation du rhinencéphale.

Les troubles du goût et de l'odorat en pathologie rhinencéphalique,
par M. H. GASTAUT.

Après une étude myographique, l'auteur conclut que le processus de la paralysie périodique familiale n'est pas périphérique, mais vraisemblablement d'origine vertébrale cervicale. La laminectomie a permis d'obtenir la guérison des troubles.

Tumeur de la région hypophysaire à structure de séminome (épithélioma « Seminoma-Like »), par MM. D. et J. FEREY, M.-L. CHEVREL, M. et A. BELTAN et J. et M.-E. RICHIER.

Observation d'un garçon de 16 ans porteur d'une tumeur hypophysaire. L'intervention a montré l'existence d'un épithélioma dont les caractères histologiques sont très proches du séminome.

Sur un cas de kyste congénital du « Septum lucidum » révélé par des crises d'épilepsie généralisées, par M. M. FELD.

Observation d'un jeune homme, appartenant à une lignée comitiale, qui fait à 18 ans des crises d'épilepsie généralisée de fréquence croissante. Kyste exclu du *Septum lucidum* révélé par la pneumographie. Après drainage transventriculaire de ce kyste, les crises cessent. Aspect pneumographique des kystes du septum. Diagnostic différentiel. Place nosologique des kystes du septum dans le cadre des dysraphies commissurales antérieures.

Crises sensitives d'apparence jacksonienne liées à des lésions discovertébrales cervicales, par M. J. NICK.

Deux observations de crises sensitives pseudo-comitiales qui ont conduit à des investigations cérébrales multiples, alors qu'il s'agissait d'une origine vertébrale cervicale. La laminectomie a permis d'obtenir la guérison des troubles.

Les possibilités de travail des muscles atrophiques de poliomyélite antérieure aiguë, par MM. Th. ALAJOUANINE, A. GROSSIORD, G. BIDOU, J. SCHERRER et M. SAMSON.

Méthode ergométrique permettant d'apprécier le taux de reconstitution du muscle, constante que l'on mesure par le rapport du travail limite et du temps limite. L'étude des variations de cette constante au cours de la poliomyélite montre son intérêt pour évaluer le potentiel fonctionnel d'un muscle.

30 cas de maladie de Werdnig-Hoffmann avec 11 examens anatomiques, par M. S. THIEFFRY.

Rappelant les caractères de la maladie de Werdnig-Hoffmann, l'auteur pense qu'il est impossible de distinguer cette affection de la myotonie congé-

nitale d'Oppenheim. Il s'agit d'une affection débutant dans les derniers mois de la vie intra-utérine, qui se manifeste cliniquement vers la fin de la première année et se constitue en trois mois. Pronostic dominé par les complications respiratoires. Seules les formes frustes limitées aux membres inférieurs sont compatibles avec une survie prolongée ; il s'agit d'une polio-myélite antérieure chronique qui doit être distinguée de la dystrophie musculaire congénitale de pronostic favorable.

**Etude électro-myographique d'un cas de paralysie périodique
familiale, par MM. BECCUAU et F. GREMY.**

Après étude myographique, les auteurs concluent que le processus de la paralysie périodique familiale n'est pas périphérique, mais vraisemblablement d'origine musculaire.

Société de médecine légale et de criminologie

Séance du 10 janvier 1955

Présidence : M. G. HEUYER, président

**Suicide par ingestion d'acide sulfurique concentré,
par MM. H. OLLIVIER et F. ROBERT.**

Après avoir rappelé la rareté de ce moyen dans l'étiologie des suicides, les auteurs rapportent un cas de suicide par ingestion d'acide sulfurique concentré. Ils insistent sur l'importance des lésions destructives observées au cours de l'autopsie, caractérisées par la disparition quasi-totale de l'estomac réduit à sa seule couche séreuse, perforée en dentelle.

**Suicide par ingestion de mélange anesthésique de Bonain,
par MM. H. OLLIVIER, A. CASO, P. GRILLO-ABADIE et G. HELVADJIAN.**

Cas de suicide par ingestion de *mélange anesthésique de Bonain*, dont la toxicité est due à la cocaïne et au phénol qui entrent dans sa composition. Les auteurs soulignent le caractère exceptionnel d'un tel moyen de suicide. Le mari de la victime, ancien infirmier, utilisait, pour des soins dentaires, une petite provision de ce mélange qu'il avait rapporté de captivité et qu'il gardait dans une cachette que sa femme découvrit.

Société belge de neurologie

Séance du 26 février 1955

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'actinomycose cérébrale, par M^{me} YANOPOULON et M. S. THIRY.

Les auteurs font l'historique de la question et relatent un cas d'actinomycose de la face chez un homme de 31 ans qui s'est soustrait plusieurs fois à un traitement régulier et qui présentait, trois ans après le début, des signes d'envahissement de l'orbite, puis de la base du crâne. Il fit enfin un abcès du lobe temporal gauche. Description des lésions macroscopiques et microscopiques du tissu cérébral.

Considération sur l'enregistrement de l'électro-encéphalogramme (Note préliminaire), par MM. M. FARINA, S. THIRY et L. VETEN.

M. Farina a mis au point un appareil d'enregistrement de l'électro-encéphalogramme par oscillographe cathodique à huit dérivations et amplificateur à faible bruit de fond. La cinématographie des huit postes met en évidence un rythme beaucoup plus rapide et moins ample qui se superpose au rythme connu. Le contrôle corticographique montre l'origine cérébrale de ces phénomènes, dont la fréquence est de l'ordre de 4 à 500 oscillations par seconde. Démonstration de nombreux enregistrements pratiqués dans diverses conditions expérimentales.

Etude comparative des calcifications intracérébrales dans la maladie de Fahr et dans le syndrome de Morgagni-Morel, par MM. S. THIRY, H.-J. ERNOULD et M. A. GEREBTZOFF

Relation de deux observations anatomo-cliniques, dont la première est celle d'une maladie de Fahr observée chez une femme de 40 ans, épileptique depuis l'âge de 4 ans, chez laquelle les radiographies ont mis en évidence des calcifications granuleuses dans la région des noyaux gris centraux. Le diagnostic fut confirmé par l'examen anatomique. Les calcifications vasculaires étaient limitées aux corps striés et aux régions voisines : insula et cervelet. Des lésions analogues mais beaucoup moins abondantes furent trouvées chez une seconde malade morte à 73 ans, qui n'avait jamais été réglée et qui était atteinte de dystrophies diverses ainsi que d'une forte hyperostose frontale interne. Les auteurs discutent le diagnostic et la pathogénie de ces lésions.

Le cortex moteur chez le singe, par M. L. CASSIERS.

Les recherches de l'auteur ont porté sur les lésions des aires 4 et 6 chez le macaque. Seule l'ablation combinée de ces deux aires donne de la spasticité et l'exagération des réflexes. Il est peu probable que les modifications du tonus puissent être attribuées à la lésion d'une seule aire. Il y a toujours atteinte de fibres venant d'autres zones et de fibres extra-pyramidales. D'autre part, l'inhibition du tonus ne peut être attribuée aux grandes cellules de Betz. Les troubles observés ne sont pas constants et ne confirment pas toujours les notions classiques. L'auteur a constaté notamment le signe de Babinski après lésion de l'aire 6 alors que Fulton n'a observé ce signe que dans les lésions de l'aire 4.

J. LEY.

**122^e Assemblée de la Société suisse de psychiatrie
75^e Assemblée de la Société suisse de neurologie**

**Présidence : M. le professeur W. BOVEN
et M. le professeur E. FRAUCHIGER**

(Bâle, 4-5 décembre 1954)

RAPPORTS**L'anatomie pathologique de l'épilepsie, par le professeur S. SCHEIDEGGER
(de Bâle).**

Rien ne prouve que les anomalies constatées habituellement à l'examen anatomo-pathologique (cicatrices, anomalies ventriculaires, zones de raréfaction cellulaire) soient à l'origine des crises épileptiques ou des convulsions. N'importe quel cerveau normal peut présenter des crises convulsives dans certaines circonstances. Expérimentalement, après une crise provoquée par injection de cardiazol, on constate chez l'animal des ischémies ou même des anémies localisées, surtout au niveau du cervelet, des noyaux dentelés, des olives bulbaires, des cornes d'Ammon et de l'hypothalamus. En injectant des doses plus importantes, on peut même provoquer de petites hémorragies ou des nécroses. Dans l'épilepsie traumatique, il existe dans la plupart des cas une raréfaction cellulaire avec gliose au niveau des cornes d'Ammon, du cervelet, des olives bulbaires, plus rarement du cortex ; dans des cas plus graves, microgyrie par atrophie des circonvolutions, consécutive à des troubles circulatoires.

Epilepsie et électro-encéphalographie, par le Dr H. ZBINDEN (de Tchugg).

Importance de l'examen électro-encéphalographique pour détecter les cas d'épilepsie infra-clinique ne s'accompagnant pas de convulsions, ni même de myoclonies. Au repos, 50 % seulement de toutes les épilepsies cliniques donnent un tracé caractéristique à l'électro-encéphalographie (pointes, pointes-ondes isolées ou hypersynchrones, ondes delta). Avec les activations (stimulation lumineuse intermittente, petite narcose, etc.), 80 % des épilepsies cliniques donnent un tracé caractéristique à l'électro-encéphalogramme. L'intérêt de l'investigation électro-encéphalographique réside surtout dans le contrôle de l'efficacité thérapeutique des divers antiépileptiques.

Aspects psychiatriques de l'épilepsie, par le Dr LANDOLT (de Zurich).

L'auteur insiste surtout sur les modifications caractérielles, les états crépusculaires et les manifestations impulsives. Les équivalents psychiques sont très fréquents dans toutes les formes d'épilepsie, particulièrement dans le petit mal et l'épilepsie psycho-motrice. Certains aspects prêtent à discussion avec un diagnostic de schizophrénie. Seul l'électro-encéphalogramme permet de déterminer la nature exacte de la maladie. De même dans certains troubles du caractère chez l'enfant où l'impulsivité et les colères signalent le diagnostic d'épilepsie.

Diagnostic différentiel des épilepsies, par le Dr R. HESS (de Zurich).

L'auteur reprend la classification de Penfield et insiste sur certaines prédispositions héréditaires à l'hyperexcitabilité nerveuse des épileptiques essentiels. A la clinique neuro-chirurgicale de Zurich, 75 % des épileptiques se présentent comme des épileptiques cryptogénétiques, « essentiels » ; seuls 25 % des cas présentent des symptômes de focalisation. Mais 3 % seulement de tous les cas étaient justiciables d'une intervention opératoire, qu'il s'agisse d'une tumeur cérébrale ou d'une cicatrice. La découverte à l'électro-encéphalogramme d'un foyer ne signifie pas forcément qu'il y a une lésion focale anatomique, surtout chez l'enfant. L'examen électro-encéphalographique doit préciser le point de départ de la crise épileptique. Si le départ se fait au niveau du tronc cérébral, il s'agit la plupart du temps d'une épilepsie essentielle. Chaque cas d'épilepsie devrait être contrôlé par l'examen électro-encéphalographique pour éliminer la possibilité d'un début de tumeur cérébrale.

Critères du diagnostic de l'épilepsie, par le Dr W. BÄRTSCH (de Berne).

Formes de passage entre excitabilité cérébrale normale et pathologique. De nombreux enfants de parents épileptiques, ne présentant eux-mêmes aucun trouble clinique, ont un tracé électro-encéphalographique caractéristique d'épilepsie. Certaines psychoses, certains troubles du caractère et certains troubles neuro-endocriniens ont également un tracé électro-encéphalographique d'aspect épileptique. L'épilepsie serait ainsi une « encéphalose » consécutive à des troubles vasculaires, endocriniens ou anoxiques.

Traitement médicamenteux de l'épilepsie,
par le Dr H. ZBINDEN (de Tchugg).

L'auteur attire l'attention sur les effets des surcharges toxiques (alcool, etc.) ou les modifications humorales (acidose, trop forte alcalose, hypoglycémie marquée) déclenchant les crises épileptiques. Il met en garde contre un traitement intempestif et insiste sur le choix du médicament approprié. Le phénobarbital, les dérivés de l'hydantoïne (hydantal, mésantoïne) et les dérivés de l'hexapyrimidine (mysoline) doivent être réservés au traitement du grand mal. Administrés dans le petit mal, ils augmentent souvent les troubles, spécialement les manifestations caractérielles et excito-motrices. A l'inverse, les dérivés de l'oxazolidine (tridione, paradione) et de l'acétyl-urée (phénurone, trinuride) doivent être réservés au traitement des équivalents et du petit mal. L'auteur insiste également sur les associations médicamenteuses et sur l'utilité des amphétamines. La conduite du traitement doit obéir à quatre règles : continuité du traitement, petites doses initiales, constance de la même médication, même s'il y a de petites rechutes, changement progressif de médication si nécessaire. Associée au traitement médicamenteux, la psychothérapie est utile, surtout chez l'enfant.

Le traitement chirurgical des épilepsies focales,
par le Dr G. WEBER (de Zurich).

L'électro-encéphalographie et l'électro-corticographie permettent la localisation et la délimitation de la zone opératoire. Dans les épilepsies focales (cicatrices, etc.), M. G. Weber a obtenu 35 % de succès sur 49 opérations.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Histoire de l'épilepsie à travers les âges, par le professeur R. BING (de Bâle).

Des corrélations entre une activité électrique cérébrale de type épileptogène et certains troubles actifs, par les Drs Ch. DURAND (de Prangins), G. SCHNEIDER (de Céry) et F. MARTIN (de Prangins).

Trois observations montrent l'existence, à côté de troubles cliniques entrant dans le cadre d'une psychopathie ou d'une névrose, d'altérations transitoires de la conscience ou de la personnalité correspondant à des manifestations électro-encéphalographiques d'épilepsie. Les auteurs rejoignent ainsi les idées de Henri Ey, insistant sur la nature fondamentale des phénomènes de « destruction de la conscience dans la maladie comitiale ».

Psychopathologie de l'épilepsie essentielle,
par le Dr Eugène MINKOWSKI (de Paris).

L'auteur rappelle les recherches de Mme Fr. Minkowska sur la constitution épileptoïde ou glischroïde avec agressivité, impulsivité, adhésivité et explosivité. Il établit un parallèle entre le Rorschach et les manifestations

hallucinatoires et oniriques des épileptiques. L'analyse structurale permet de mieux comprendre la pensée de l'épileptique.

Examens anatomo-pathologiques d'épileptiques,
par le professeur F. MOREL et le Dr E. WILDI (de Genève).

Les auteurs démontrent que les foyers de la corne d'Ammon ne sont pas épileptogènes et que la sclérose ammonienne est tout aussi fréquente chez les non-épileptiques à partir d'un certain âge.

Intérêt de l'examen électro-encéphalographique en psychiatrie,
par le Dr R. KUHN (de Münsterlingen).

Il permet de diagnostiquer les cas où se pose le diagnostic différentiel entre psychose, hystérie et épilepsie. Il relate plusieurs observations de troubles psychiatriques paraissant relever de manifestations purement affectives (angoisse, panique, névrose, etc.), dont le tracé électro-encéphalographique est caractéristique de mal comitial. Le traitement médicamenteux guérit ces malades. Dans d'autres cas, il s'agit de troubles humoraux et hépatiques dont la correction provoque la disparition des troubles.

Sur l'épilepsie post-traumatique, par le professeur R. BRUN (de Zurich).

A propos de l'examen de 139 cas d'épilepsie post-traumatique et de leur enquête catamnétique, l'auteur expose que les épilepsies post-traumatiques qui ne guérissent pas dans l'année suivant le traumatisme sont celles qui ont, soit une surcharge épileptogène antérieure à l'accident, soit une surcharge alcoolique ; sinon, il s'agit de débiles mentaux ou de psychopathes. L'électro-encéphalogramme ne permet pas de juger de l'étiopathogénie de l'épilepsie post-traumatique. Seuls le temps et la catamnèse le permettent.

**Anatomo-pathologie et physio-pathologie de l'épilepsie
myoclonique symptomatique,** par le professeur E. BAASCH (de Zurich).

Recherches expérimentales, par le professeur R. JUNG, les Drs G. BAUMGARTNER et O. KREUTZFELD (de Fribourg-en-Brisgau).

Relation des expériences réalisées sur le chat à l'aide de micro-électrodes, selon la technique de Hess, et montrant qu'il existe quatre groupes de neurones corticaux agissant réciproquement et s'inhibant réciproquement. Un déséquilibre dans l'action réciproque de ces neurones déclencherait la crise épileptique expérimentale.

Problèmes psychologiques posés par l'épilepsie,
par le Dr H. STROTZKA (de Vienne)

De nombreux enfants épileptiques, de par leur maladie, sont rejetés affectivement par leur mère ou au contraire « surprotégés ». Il en résulte des

sentiments d'agressivité, de culpabilité ou d'angoisse qui désécurisent l'enfant, l'empêchent de s'affirmer et créent souvent une impossibilité de s'intégrer dans la vie courante. Une psychothérapie de l'épileptique et des parents est souvent fort utile, à côté du traitement médicamenteux.

Céphalée comme équivalent initial de l'épilepsie latente, par le D^r H. HEYCK (de Zurich).

Evolution et pronostic de l'épilepsie psychomotrice. Clinique et électro-encéphalographie, par le D^r E. NIEDERMEYER (d'Innsbruck).

Lésions temporales et changement de caractère épileptique, par le D^r K. SIMMA (Vorarlberg et Waldâu-Berne).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Colloque sur le traitement du delirium tremens organisé par le Groupement médical d'études antialcooliques

(Paris, 8 mai 1954)

Essai de synthèse des diverses interventions, par MM. H. DUCHÊNE et PERRIER (de Paris).

Il faut réserver le terme de delirium tremens aux formes graves, suraiguës avec déshydratation et important déséquilibre neuro-végétatif. Certains signes avant-coureurs, qu'il faut connaître, doivent amener un traitement par l'alcool intraveineux associé aux extraits hépatiques et aux vitamines du groupe B. Il ne faut pas perdre de temps, s'abstenir des moyens de contention, ne pas employer de barbituriques. La thérapeutique à adopter comprend : a) *traitement symptomatique* : lutter contre déshydratation, insuffisance cardiaque, hypotension, hyperthermie ; b) *traitement de base* : strychnine, soit à doses moyennes (6 à 15 mgr. par jour), soit à doses fortes (40-60 mgr.) sous surveillance, alcool intraveineux, toutes les vitamines du groupe B, chlorpromazine, qui serait appelée à remplacer les anciens calmants, parfois antibiotiques. Un personnel spécialisé est nécessaire. Des vœux ont été adoptés à l'unanimité à ce sujet, demandant l'assouplissement des conditions d'admission dans les hôpitaux et particulièrement les hôpitaux psychiatriques.

Discussion

M. Noël Péron (de Paris). — Le traitement doit comprendre essentiellement : isolement, hydratation, tonocardiaques, alcool intraveineux, strychnine (10 à 30 mgr.), sirop de chloral, parfois sédol, quelquefois antibiotiques, surveillance constante.

M. G. Daumézon (de Paris). — Dans la presque totalité des cas, le delirium tremens est dû à l'abus de vin ; il faut soutenir le cœur, la tension artérielle (inophylline, ouabaïne, pressyl), combattre la fièvre (draps mouillés à 30°, glace sur la tête), réhydrater. La révulsion est parfois utile. On doit employer : strychnine (5 mgr. toutes les deux ou trois heures), curéthyl, complexe vita-

minique B, parfois chlorpromazine. Le traitement est à appliquer précocement.

M. Raoul Lecocq (de Saint-Germain-en-Laye). — recommande l'alcool glucosé hépatisé, les vitamines du groupe B, parfois le mébubarbital (100 à 200 mgr.), la chlorpromazine.

M. J. Dublineau (de Ville-Evrard). — On doit connaître certaines formes cliniques du delirium tremens et envisager leurs rapports avec des états convulsifs larvés.

M. P. Fouquet (de Versailles). — Il n'y a généralement pas de delirium tremens dans les cas d'alcoolose avec facteurs névrotiques. Le pronostic est assez bon, une fois passée la phase aiguë.

M. Maurice Letailleur (de Clermont-de-l'Oise). — L'application des conceptions de Reilly et de Selye est très utile à l'étude du delirium tremens. Le traitement comprend : chlorpromazine, mébubarbital, réhydratation, vitamines, tonocardiaques, stimulants hépato-rénaux, désoxycorticostérone.

M. J. Lereboullet (de Paris). — conseille de s'abstenir de barbituriques et constate l'utilité du curéthyl, de la strychnine, des vitamines, de la réhydratation, du chloral, des bromures.

MM. L. Corman et Gaudin (de Nantes). — préconisent la strychnine (sauf si la déshydratation est très marquée), la pénicilline, la chlorpromazine, qui ne pourrait agir isolément.

M. Alizon (de Montfermeil). — recommande l'usage de strychnine (20 à 40 mgr.), du maxiton, des curéthyls A et B, de sérum chloruré sous-cutané, de la vitamine B1 et des tonocardiaques.

M. Xavier Abély (de Paris). — Il est d'abord nécessaire de bien définir le delirium tremens ; dans ce dernier interviennent des phénomènes de défaillance des centres diencéphaliques. La thérapeutique comprend : strychnine (40 à 60 mgr.), vitamines du groupe B, extraits totaux d'antéhypophyse, réhydratation, tonocardiaques, pénicilline, pas de calmants. La chlorpromazine n'est pas à conseiller.

M. P. Sivadon (de Ville-Evrard). — souligne l'intérêt du curéthyl.

M. J. Rondepierre (de Ville-Evrard). — Le somnifène est à rejeter. Des électro-chocs répétés pourraient être recommandés, comme le fait le Dr Neveu.

M. Pierre Sizaret (de Tours). — recommande l'usage du largactyl, de la strychnine, des vitamines B, et la réhydratation.

MM. G. Kropf et V. Ménager (de Nantes). — On peut employer des mélanges de neurolégiques par voie intraveineuse, la strychnine, des extraits hépatiques, la vitamine C, les vitamines B, le chophytol.

MM. Rinckenbach et Canivet (de Saint-Nazaire). — utilisent la chlorpromazine, le phénergan, le gardénal intramusculaire, les tonocardiaques. En cas d'ivresse, pas de chlorpromazine.

M. P. Cossa (de Nice). — souligne l'utilité de l'alcool intraveineux, de la strychnine, de la chlorpromazine, des perfusions de cocaïne, de la réhydratation, des antithermiques et des antibiotiques, des extraits de foie, des vitamines.

V.-J. DURAND.

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

PROBLÈMES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Le rêve et l'existence, par Luwig BINSWANGER, traduit de l'allemand par Jacqueline VERDEAUX, Introduction et notes de Michel FOUCAULT. (1 vol. 11 x 18, 196 pages, Desclée de Brouwer édit., Paris, 1954).

Dans cette excellente traduction en langue française, Mme Jacqueline Verdeaux, en accord avec M. Ludwig Binswanger, a traduit l'expression allemande « Dasein » (« être là ») par le mot « présence », qui exprime à la fois la « présence-ici » et la « présence-au-monde ».

Repoussant la conception théorique de Klages, qui fait du corps le phénomène de l'âme et de l'âme le sens du corps vivant, M. Ludwig Binswanger lui oppose la théorie de la signification de Husserl et Heidegger appliquée pour la première fois par Löwith au problème particulier du langage. « Le langage est ce qui pour nous tous « rêve et crée » bien avant que l'individu lui-même se soit mis à rêver et créer. » Le caractère intérieur essentiel de la métaphore poétique repose sur les structures les plus profondes de l'existence. L'image de chute ou d'ascension évoquée par le langage exprime des rapports entre l'être et des objets. L'idée de chute ou d'ascension de notre présence repose sur le même fond que les représentations religieuses mythiques et poétiques. « Le rêve n'est pas autre chose qu'une modalité particulière de l'être humain. »

La détermination de notre présence en terme d'ascension ou de chute constitue un trait fondamental essentiel, l'ascension et son but concret étant d'ailleurs irréflechis, inconscients. Analysant des rêves de chute ou de vol, M. Ludwig Binswanger souligne que le thème en est l'élément important, décisif, la distribution des rôles n'étant que fortuite et accessoire. « On a bien trop tendance aujourd'hui à faire passer à l'arrière-plan de l'intérêt le contenu onirique manifeste car une étude approfondie de ce contenu nous apprend à reconnaître l'étroite parenté originelle entre le sentiment et l'image, l'humeur (Stimmung) suscitée et les images dont l'esprit est rempli. » Les rêves qui peuvent inspirer de l'inquiétude au psychiatre ne sont pas tant ceux à contenu « très frappant » que ceux dans lesquels le contenu

de l'image (le mouvement dramatique du rêve) se dérobe derrière le contenu purement thymique où se perd le sens de la vie.

Connue depuis l'antiquité est l'image de l'oiseau de proie fondant sur la colombe, mais l'homme antique vit dans un cosmos auquel n'échappent pas ses décisions les plus intimes, les plus secrètes, dans la veille comme dans le rêve. Des exemples de rêves, tirés de la littérature, montrent chez les Grecs l'opposition du jour et de la nuit, de la terre et du soleil, les rêves appartenant au royaume de la nuit et de la terre. Cela « à la place de ce qui, pour nous, est l'extérieur et l'intérieur, à la place de cette antithèse néoplatonicienne, chrétienne et romantique ». Si l'ancienne mythologie et la philosophie grecques ne connaissaient qu'une ordonnance harmonieuse du monde, plus tard Pétrone déclara que les songes ne sont pas envoyés par les sanctuaires ou les dieux mais que chacun les élabore lui-même. Il imagina ainsi, « par anticipation, la partie la plus importante de la nouvelle théorie des rêves ».

Mais peut-on saisir réellement et de façon tangible le sujet du rêve ou seulement le sujet qui rêve ? se demande M. Ludwig Binswanger, qui évoque sous divers aspects (Freud, Hâberlin, Jung, Schleiermacher, Saint-Augustin) la discrimination entre le char guidé par l'homme et la sphère invisible et mobile sur laquelle il le dirige, la discrimination aussi entre, d'une part l'image, le sentiment, la pensée subjective et, d'autre part, l'esprit, l'objectivité, la vérité. Il rappelle les étapes de l'idée philosophique dans Heraclite, Platon, Hegel, Kierkegaard, Heidegger. Pour Heraclite, la vigilance proprement dite est l'éveil hors de la pensée individuelle et de l'appréciation subjective. Nous rêvons uniquement parce que nous ne sommes pas en rapport avec le tout. Seule, pour Hegel, la conscience de l'universel est conscience de la vérité... La connaissance d'une chose que je suis seul à savoir est précisément le rêve, de même que l'imagination et le sentiment sont un rêve. « Dans tout traitement psychologique sérieux, ajoute M. Ludwig Binswanger, et surtout dans la psychanalyse, il y a des moments où l'homme doit décider s'il veut garder sa pensée individuelle, son « théâtre privé », comme l'a dit une malade, son arrogance, son orgueil et son défi ou bien si, entre les mains du médecin, médiateur initié entre le monde particulier et le monde en général, entre l'illusion et la vérité, l'homme veut bien s'éveiller de son rêve et prendre part à la vie universelle, au *κοινὸς κόσμος*. »

L'auteur envisage ensuite la question de l'affranchissement du transfert sur la personne du médecin, et les concepts de Jung en particulier sur l'appréciation de l'individuation en tant que processus psychologique de développement. En conclusion, « l'homme rêvant » est « une vie biologique, tandis que l'homme vigile « fait » une vie historique ». Il fait l'histoire de sa propre vie. Si toutes deux ont le même fondement, qui est « l'existence », la vie en tant que fonction est une autre vie que la vie en tant qu'histoire. Et le but de cette étude fut de montrer la place du rêve à l'intérieur de ce fondement.

Dans une très intéressante *introduction*, dont le nombre de pages est double de celui du texte, à vrai dire très condensé de M. Ludwig Binswanger, M. Michel Foucault s'est proposé de présenter ce texte comme « une forme d'analyse dont le projet n'est pas d'être une philosophie, et dont la fin est de ne pas être une psychologie ; une forme d'analyse qui se désigne comme fondamentale par rapport à toute connaissance concrète, objective et expé-

rim mentale ; dont le principe enfin et la méthode ne sont déterminés d'entrée de jeu que par le privilège absolu de leur objet : l'homme ou plutôt, l'Etre-homme, le " Menschsein " », Etre-homme qui n'est, après tout, que le contenu effectif et concret de ce que l'ontologie analyse comme la structure transcendante du « Dasein ». L'anthropologie est « science de faits » lorsqu'elle développe de manière rigoureuse le contenu existentiel de la présence au monde. Le privilège significatif accordé à l'onirique définit la démarche concrète de l'analyse vers les formes fondamentales de l'existence. Mais aussi, ce privilège de l'expérience onirique « enveloppe de manière encore silencieuse dans ce texte toute une anthropologie de l'imagination ; il exige une nouvelle définition des rapports du sens et du symbole, de l'image et de l'expression ; bref, une nouvelle manière de concevoir comment se manifestent les significations ».

Ce sont ces deux aspects du problème que traite M. Michel Foucault. Reprenant l'histoire du rêve, de son analyse freudienne et de son étude phénoménologique, confrontant les idées de Freud et de Husserl, il montre que, par « une plastique aussi fondamentale du rêve et de l'expression », M. Ludwig Binswanger a renoué avec une tradition oubliée. « Le thème des dimensions originales ne s'inscrit pas seulement sur une tradition littéraire, mystique ou populaire : on le déchiffrerait sans peine encore dans des textes cartésiens ou post-cartésiens. » Le rêve, comme toute expérience imaginaire, est un indice anthropologique de transcendances. Et l'expérience onirique ne peut pas être isolée de son contenu éthique. Le rêve est porteur des significations humaines les plus profondes. L'analyse anthropologique d'un rêve découvre plus de couches significatives que ne l'implique la méthode freudienne, et M. Michel Foucault montre comment l'analyse du rêve découvre les plus essentielles de ces significations fondamentales de l'existence. Et, de toutes les dimensions significatives de l'existence, c'est à celle de l'ascension et de la descente qu'il faut accorder « un privilège absolu » : en elle seulement peuvent se déchiffrer la temporalité, l'authenticité et l'historicité de l'existence.

Le rêve n'est pas une modalité de l'imagination ; il en est la condition première de possibilité. « Imaginer, c'est se viser soi-même dans le moment du rêve ; c'est se rêver vivant. » Le suicide est le mythe ultime de l'imagination comme le rêve en est la genèse, l'origine absolue. L'image, elle, n'est pas faite de la même trame que l'imagination. Impure et précaire, elle constitue « une ruse de la conscience pour ne plus imaginer ». Au cours du rêve, l'image est une manière pour la conscience vigile de récupérer ses moments oniriques. Le sens du rêve est toujours au-delà des images que la veille recueille. L'analyse d'un rêve à partir des images qu'en apporte la conscience vigile doit avoir pour but de franchir cette distance de l'image à l'imagination, d'opérer la réduction transcendante de l'imaginaire. Telle fut l'œuvre concrètement accomplie dans « Rêve et Existence » par M. Ludwig Binswanger et ce que ce texte peut apporter à une étude anthropologique de l'imaginaire. Le moment du rêve n'est d'ailleurs pas la forme définitive où se stabilise l'imagination ; il la restitue dans sa vérité et lui redonne le sens absolu de sa liberté. En rejoignant au cœur de l'imagination la signification du rêve, on peut donc, conclut M. Michel Foucault, restituer les formes fondamentales de l'existence, en manifester la liberté, en désigner le bonheur et le malheur, puisque le malheur de l'existence s'inscrit toujours dans l'ob-

servation, et que le bonheur, dans l'ordre empirique, ne peut être que bonheur d'expression.

Présentation assurément très incomplète, tant du texte de M. Ludwig Binswanger que de l'Introduction de M. Michel Foucault, tous deux nécessitant, par leur densité, une lecture complète et attentive. Le seul but de cet exposé fut d'y engager le lecteur qui, peu familiarisé avec certaines difficultés de la langue allemande, appréciera le précieux concours de l'excelente traduction de Mme Jacqueline Verdeaux.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

La tentative de suicide. Etude statistique, clinique, psychologique et catamnétique, par le Dr Pierre-B. SCHNEIDER, médecin-chef de la polyclinique psychiatrique universitaire, privat-docent à la Faculté de médecine de Lausanne, avec une *analyse statistique* de Ch. BLANC, directeur de l'Institut de mathématiques appliquées de l'Ecole polytechnique de l'Université de Lausanne. (1 vol., 292 pages, Delachaux et Niestlé édit., Neuchâtel-Paris, 1954).

Adoptant la définition proposée par M. G. Deshaies, « le suicide est l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente en prenant la mort comme moyen ou comme fin », M. Pierre-B. Schneider rappelle les divers points de vue et les doctrines des nombreux auteurs d'études sur le suicide. Envisageant dans ce livre la tentative de suicide, caractérisée par « pour le moins, l'ébauche d'un acte suicidaire », telle qu'elle a pu être relevée en Suisse, dans les cliniques universitaires (médicales, chirurgicales, psychiatriques) et dans les polycliniques de Lausanne et de Bâle, il donne tout d'abord les résultats de l'analyse statistique par le professeur Ch. Blanc des conditions extrinsèques de l'acte suicidaire (sexe, état civil, âge, religion, mois, saisons et moyens d'exécution de la tentative).

L'aspect psychopathologique de la tentative de suicide est ensuite abordé : problème du diagnostic psychiatrique, revue des différentes catégories nosologiques (avec exemples cliniques) et étude statistique des diagnostics, suicide collectif, problèmes posés par les récidives, hérédité suicide. Etudiant l'aspect psychologique et psychodynamique de la tentative de suicide, M. Pierre-B. Schneider décrit différentes motivations psychologiques (motivations subjectives pathologiques, motivations subjectives normales) et les mécanismes psychologiques (conscients ou inconscients) soulignant le rôle prépondérant des conflits affectifs de tout ordre, mettant en parallèle fugue et comportement suicidaire.

De recherches catamnestiques il dégage un certain nombre de conclusions concernant la fréquence du suicide et sa répartition clinique, la plus grande influence des psychoses endogènes, le suicide de schizophrènes ou de déséquilibrés en dehors de tout symptôme dépressif. Il relève « que les hystériques qui avaient fait des tentatives dites peu sérieuses ou nettement démonstratives pouvaient se suicider par la suite ». Mais le sujet a pu se prendre à son propre jeu, s'enfermer, ou même simplement avoir cette fois-là maladroitement prévu ou exécuté l'accomplissement de son acte. M. Pierre-B.

Schneider recherche aussi le destin des survivants à une tentative de suicide et le pronostic lointain de leurs troubles psychopathologiques.

Dans un dernier chapitre de considérations générales, concluant de ses statistiques à la stabilisation actuelle du nombre des suicides et non à son augmentation, l'auteur se demande quelle est la signification de la mort pour celui qui la recherche ainsi ! Il critique la notion freudienne de l'« instinct de mort » et adopte l'opinion qu'il s'agit d'une véritable perversion de l'instinct de conservation. Est-ce aussi simple ? Pourquoi la signification de la mort serait-elle la même pour tous ? Tant de différences interviennent dans la conception de la mort, de la vie, de la survie ! Et non seulement entre les races, mais entre les individus d'une même collectivité. Pour M. Pierre-B. Schneider, « quel que soit le nom que l'on donne à de telles réactions, on doit reconnaître leur caractère pathologique ». N'est-ce pas bien absolu ? Les cas ne sont pas rares auxquels on hésiterait légitimement à appliquer un tel diagnostic. Certaines situations sont-elles vraiment moins terribles que la mort ? Ne faudrait-il pas pour les affronter plus de courage... ou plus d'inconscience ?

Limiter une telle étude au suicide proprement dit, à la mort physique volontaire ou à sa tentative, n'est-ce pas aussi restreindre la question un peu arbitrairement, au moins pour l'examen de son aspect psychologique et psychodynamique ? L'envisageant d'un point de vue plus général, pourrait-on négliger d'autres formes de l'aptitude au renoncement, des tendances psychologiques au renoncement dont le suicide n'est après tout, dans beaucoup de cas, que l'une des formes. Dans tous les milieux et dans tous les temps, s'observent bien d'autres aspects du renoncement qui, tout en conservant la vie, suppriment tout ou partie de ce qu'elle représente. Il semble que la question pourrait gagner à être reprise sous cet angle et par une étude d'ensemble du renoncement.

Mais tel n'était pas le propos de l'auteur de cette très intéressante étude riche en documents statistiques, cliniques et catamnétiques, dans laquelle il s'applique à mettre en lumière « la grande diversité des comportements suicidaires », l'importance dans leur manifestation « de la psychopathologie et des mécanismes psychologiques ». Quelques remarques sur la prophylaxie du suicide et une importante bibliographie terminent ce volume.

René CHARPENTIER.

De la jalousie. Ses causes, ses conséquences, ses remèdes, par le Dr Guy DELPIERRE. (1 vol., 168 pages, édition Montaigne, Aubier, Paris, 1954).

Dans ce nouvel essai (1), après avoir analysé et commenté l'histoire du jaloux meurtrier dont Tolstoï a si bien décrit les tourments dans « La sonate à Kreutzer », M. Guy Delpierre rappelle les définitions de la jalousie données par Th. Ribot et par Spinoza. Distinguant la jalousie normale et la jalousie morbide, il précise les nombreuses différences qui existent entre la jalousie et l'envie. De la jalousie, il dégage et étudie ensuite les principaux éléments (frustration et dépit, mélange d'amour captatif et de haine, alternatives de conviction et de doute, troubles de la critique, angoisse) et la structure passionnelle.

(1) Voir Guy DELPIERRE : Psychopathologie de l'avarice (analyse in *Annales médico-psychologiques*, octobre 1953, page 416).

Recherchant dès l'enfance l'origine de la jalousie et les fautes éducatives qui peuvent en être considérées comme responsables, fautes éducatives aboutissant chez l'enfant au complexe de Caïn, déterminées chez la mère par le complexe de Jocaste, il y situe la racine de la jalousie névropathique. Résumant les différentes conceptions psychanalytiques, parmi lesquelles celles de Freud, Adler, Hesnard, Jones, Juliette Boutonier, il étudie le rôle dans la jalousie d'un rappel de troubles de l'enfance, la part respective de l'ambivalence, de l'agressivité, de l'angoisse, de l'anxiété, des interprétations fausses, du besoin de vengeance, celle aussi de l'alcoolisme. A côté du rôle de l'alcool dans l'éclosion des idées de jalousie, l'importance si grande de l'intoxication alcoolique dans la naissance des réactions et dans l'accomplissement des actes de vengeance aurait mérité d'être soulignée davantage.

Après quelques considérations sur la psychothérapie de la jalousie et sur le choix d'une technique psychothérapique, choix variable et succès inégal selon la personnalité du psychothérapeute et le diagnostic psychiatrique de la jalousie morbide, le terrain aussi sur lequel elle est éclos, l'auteur consacre un chapitre à un rapide examen des délires de jalousie. M. Guy Delpierre expose d'abord en quoi consistent et comment prennent naissance les interprétations délirantes et les délires. Il énumère ensuite les divers états psychopathiques au cours desquels, et sous différentes formes, peut se rencontrer l'idée délirante de jalousie.

Documenté, de lecture facile, ce livre, destiné à un public instruit mais non spécialisé, se termine par des pages consacrées à l'aspect éthique de la jalousie et aux règles d'engagement dans la vie morale.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Essai sur le cortex cérébral, par GERHARDT V. BONIN, professeur d'anatomie au Collège de médecine de l'Université d'Illinois (Chicago). *Traduction de l'ouvrage américain par Ch. EYRIÈS. Préface du professeur A. DELMAS.* (Un volume 16,5 × 22, 160 pages, avec 32 figures et un dépliant, Masson et C^{ie}, éditeurs, Paris 1955).

L'esprit, écrit M. Gerhardt v. Bonin, ne se comporte pas d'une manière aussi irréelle qu'une ombre, mais se modèle sur l'ordre des neurones dans le cerveau. Tout en exposant de manière impartiale des conceptions sur le cortex différentes de la sienne, l'auteur de cette monographie émet des idées originales et personnelles. Avec Russell, Carnap, William James, il admet que la position convenant le mieux au neuro-anatomiste est de ne considérer ce que nous appelons l'« esprit » que comme l'ensemble des fonctions de relation et rien d'autre. Des acquisitions de l'électro-physiologie et de la cybernétique, il dégage, à côté des conceptions purement morphologiques, une méthode d'étude différente des mécanismes neuraux. Si un cerveau électrique est un organe bien plus simple qu'un cerveau humain, « les éléments de la structure de ce dernier deviennent beaucoup plus clairs à concevoir lorsqu'ils sont formulés par des physiciens ou des ingénieurs spécialisés que lorsqu'ils sont simplement l'objet de descriptions biologiques ». Une intéressante introduction historique montre comment depuis les travaux de

Gall sur la configuration du cortex et ses rapports avec les caractères mentaux jusqu'aux idées exprimées en Angleterre par Craig on en est arrivé à l'organisation à New-York de réunions où mathématiciens, neurologues, psychologues, sociologues examinent en commun les questions d'organisation du cortex et d'autres systèmes.

Introduction historique, à laquelle fait suite une introduction théorique et phylogénétique destinée à montrer comment la mise en relation fonctionnelle des cellules nerveuses entre elles et avec les organes récepteurs ou effecteurs marque le début de leur activité. Après un exposé de la structure et de l'évolution du cerveau des vertébrés et une étude histologique du cortex (cellules, plexus, couches), de sa subdivision en aires (qu'il serait erroné de considérer comme des organes travaillant presque indépendamment les uns des autres), l'auteur oppose à la division classique des hémisphères en lobes, la division « plus logique » basée sur les relations thalamo-corticales. Décrivant les voies cortico-corticales d'aire à aire, il distingue pour l'analyse fonctionnelle du cerveau deux systèmes d'importance capitale : un système « ordonné » cortico-cortical (macroscopique), auquel « on peut appliquer des lois causales d'éléments physiques macroscopiques, telles que la mécanique nous les enseigne » et un système « sans ordre » intra-cortical (microscopique) obéissant au contraire « à des lois d'ordre statistique comme celles de la thermodynamique ou comme celles que les physiciens appliquent aux « champs » en électro-magnétisme ».

Si l'on ignore la fonction exacte du néo-cortex, neurologues et ingénieurs sont conduits par leur éducation « à considérer le cortex comme un appareil qui ne donne que ce qu'il reçoit ». Telle est l'idée directrice de cet essai. Etablir les rapports du cortex avec l'intelligence serait difficile alors que personne n'a réussi à donner une définition satisfaisante de l'intelligence. Un exposé anatomique du cortex ne peut être basé que sur des catégories fonctionnelles très larges. Réception et rendement, c'est-à-dire sensation et action, en seront donc les chapitres de tête.

M. Gerhardt v. Bonin étudie d'abord le rôle du cortex dans la *sensation*, rappelant la structure des organes des sens, des centres nucléaires et des voies qui les relient au cortex. Cela successivement pour : les sensations visuelles ; les sensations auditives ; les sensations extéroceptives ; le schéma corporel et la conception de l'auteur d'un secteur pariéto-temporal possédant avant tout une fonction gnosique ; les sensations olfactives (deux aires temporales recevant des fibres d'association du cortex piriforme de l'uncus expliquent la composante olfactive des crises d'épilepsie quand le foyer est près du pôle temporal et les crises « uncinées » n'ont pas nécessairement leur origine dans l'uncus) ; les sensations gustatives (dont les influx sont collectés dans la partie proximale du noyau solitaire qui reçoit les fibres du facial, du glosso-pharyngien et du pneumo-gastrique).

Dans le chapitre suivant, consacré à l'*action*, l'auteur étudie les fonctions motrices et expose sa conception personnelle du système extra-pyramidal. De plus, pour l'exécution de mouvements bien adaptés, les régions frontales et pariétales doivent fonctionner normalement, la suppression de l'une d'elles conduisant à l'apraxie. Quant au langage, qui a une fonction symbolique, « nos connaissances sont trop grossières pour traduire ce concept en termes de structures ou de fonctions corticales », le schéma relativement simple des influx convergents vers l'aire motrice est « insuffisant pour expliquer les symptômes aphasiques ».

Un chapitre est ensuite consacré à la *prévision* (par intuition ou par logique, utilisant dans ce dernier cas des notions abstraites acquises au moyen d'une fonction symbolique) et l'auteur rappelle la comparaison de ces mécanismes avec ceux des machines à calculer « analogiques » et « digitales ». La région du cerveau qui paraît particulièrement apte à prévoir est le secteur frontal, recouvert d'un cortex homotypique.

L'anatomie de l'*émotion* est le dernier en date des chapitres de la neuro-anatomie et c'est par son étude que se termine l'intéressant essai de M. Gerhardt v. Bonin. L'action des états émotionnels sur les centres hypothalamiques, écrit l'auteur, « est l'une des réalités les plus manifestes de la physiologie, aussi manifeste que le fait que ces états émotionnels peuvent prendre naissance dans l'« esprit », c'est-à-dire vraisemblablement dans le cortex ».

En épilogue, les déductions philosophiques de l'auteur arrivent à cette conclusion que « l'étude des individus et un examen approfondi de la structure de l'organe de leur esprit conduira à une meilleure compréhension de leurs possibilités et limites, des moyens dont ils disposent pour construire une société et, par là, aidera indirectement à définir ce type d'ordre qu'est la sagesse ».

Il n'a été possible de citer ici que quelques-unes des idées de l'auteur. Cette première édition française, due à la traduction de M. Ch. Eyriès, d'un livre paru aux Etats-Unis il y a quelques années, est illustrée de schémas et de figures d'anatomie macroscopique et de microphotographies. Si l'auteur ne vise pas à résoudre tous les problèmes qu'il pose, il propose des méthodes et des solutions originales qui éveillent l'intérêt et appellent la réflexion.

René CHARPENTIER.

Physiologie du système nerveux central, par Georges MORIN, professeur de physiologie à la Faculté de médecine d'Aix-Marseille, (2^e édition entièrement refondue, un volume, 354 pages, avec 95 figures (17 × 25). Masson et Cie, édit., Paris, 1955).

Ouvrage didactique, issu du cours professé par l'auteur à des étudiants en médecine avec un succès dont cette deuxième édition est le témoignage. En neuf chapitres, sont exposées les notions nécessaires à la connaissance des fonctions systématiques essentielles des centres nerveux et des voies nerveuses. Dans cette deuxième édition, remaniée et complétée, l'auteur présente successivement la physiologie des racines rachidiennes, de la moelle épinière, du tonus musculaire (fonctions statiques et d'équilibration), du cervelet, de l'écorce cérébrale, du thalamus, de l'hypothalamus, des noyaux gris de la base, de la formation réticulaire et des fonctions qu'on lui attribue actuellement. Les rappels anatomiques sont limités au strict minimum et les documents anatomo-cliniques ne sont utilisés que dans la mesure où ils éclairent une fonction. Une abondante et claire iconographie facilite la compréhension du texte. Des références bibliographiques et des informations complémentaires concernant les travaux récents ont été ajoutées au texte remanié de l'édition de 1948.

R. C.

L'expression électrique des accidents vasculaires cérébraux d'origine, traumatique (77 observations), par le Dr Jacques POSTEL, interne des hôpitaux de Nice. (1 brochure, 152 pages, Imprimerie des Beaux-Arts, Thèse, Lyon, 1955).

Pour ce travail du laboratoire central d'électro-encéphalographie du centre neuro-chirurgical de l'Hôpital Edouard-Herriot, à Lyon, M. Jacques Postel a examiné les blessés hospitalisés au cours de cinq années pour un accident vasculaire cérébral post-traumatique.

Cette étude porte sur 77 observations (61 hématomes sous-duraux, 11 hématomes intra-cérébraux, 4 hématomes extra-duraux et un ramollissement post-traumatique). Des examens électro-encéphalographiques, l'auteur conclut : 1° qu'il n'y a pas de signe électrique pathognomonique de l'hématome sous-dural bien que le tracé ne soit jamais normal et que, dans l'ensemble, l'électro-encéphalogramme semble ici moins fidèle que l'artériographie cérébrale ; 2° que les signes électriques de l'hématome intra-cérébral sont fonction du moment où est pratiqué l'enregistrement, le tracé (sous l'influence de la souffrance du tronc cérébral que traduisent des modifications de la conscience) n'indiquant bientôt plus qu'une atteinte globale de l'activité, laquelle ne permet pas de penser à un foyer localisé (des signes déficitaires et des crises comitiales partielles indiquent alors d'avoir recours à une artériographie) ; 3° que l'hématome extra-dural (plus rare qu'il n'est indiqué dans les Traités) pouvant présenter les mêmes anomalies qu'un foyer important de contusion cérébrale, c'est l'histoire clinique qui permet alors le diagnostic différentiel ; 4° que le ramollissement cérébral traumatique, rarement isolé (le cas observé se traduisait par un foyer d'ondes lentes localisées à son niveau) accompagne fréquemment les hématomes sous-duraux des sujets âgés. Importante bibliographie.

R. C.

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Etudes de neuro-psycho-pathologie infantile. Sixième fascicule, par M. SCHACHTER, J. PELLEGRIN, M^{lles} S. COTTE et G. VILLEMEJEANNE. (1 brochure 84 pages, éditée par le « Comité de l'enfance déficiente », Marseille, 1955).

Ce sixième fascicule contient l'étude par M. M. Schachter de 40 observations de *rythmies du sommeil chez l'enfant* (jactatio capitis nocturna), mettant notamment en lumière, dans 80 % de ces cas, des troubles caractériels, et dans 32,5 % de l'énurésie. Après un court article de M. J. Pellegrin sur quelques cas (trois observations) de *paraplégie spasmodique d'origine cérébrale chez l'enfant*, M. M. Schachter et M^{lle} S. Cotte étudient sur cinq groupes d'enfants de 7 à 11 ans (chaque groupe comprenant 20 garçons et 20 filles) *le rôle des facteurs âge et sexe dans le Rorschach* : concluant que l'évolution de ces facteurs ne se fait pas de façon rigoureusement parallèle par rapport à l'âge chronologique, ils soulignent le caractère éminemment qualitatif du test de Rorschach. La brochure se termine par un intéressant aperçu pratique de l'organisation, du fonctionnement, des méthodes et techniques, des résultats du *cours d'orthophonie* du Comité de l'enfance déficiente de Marseille, cours fondé en 1934.

R. C.

CARACTÉROLOGIE

L'individualisme radical fondé sur la caractérologie, par Edgar-Maurice WOLFF, professeur agrégé de philosophie, docteur ès lettres. (1 vol., 212 pages, Bordas, Paris, 1955).

Une lettre-préface de M. André Lalande montre l'intérêt de cet ouvrage tout en signalant certaines divergences d'opinion. Comme l'indique l'auteur dans une note liminaire, il s'agit d'une réduction d'un livre plus important (de 400 pages environ), dont le but est « d'étudier les caractéristiques individuelles de l'être humain qui font que les hommes diffèrent entre eux ». Définissant le naturel, le tempérament, le caractère, la personnalité, la personne, la constitution, il envisage la notion de somatologie caractérielle. L'étude du problème des métis le fait s'opposer à la conception de « psychologie raciale ». Puis sont rappelées diverses théories morphologiques : somatologie générale de Sigaud, physiognomonie intuitive du visage de Corman, morphologie statistique de Sheldon. La critique de ces conceptions est faite, en particulier en ce qui concerne les notions de rétraction et de dilatation. Ensuite sont envisagés les rapports entre physiologie et caractère (glandes endocrines, système nerveux végétatif), avec discussion des thèses de Marañón. Il apparaît difficile de rattacher un caractère à l'action prédominante d'une seule glande endocrine. Un important chapitre est consacré à la classification psychologique des caractères : examen critique de la corrélation statistique des traits du caractère et de l'emploi des procédés mathématiques, questions des profils psychologiques, critique de la classification de Le Senne, de l'atomisme psychologique, de la notion d'ambivalence des tendances, de la graphologie, du Rorschach, des dessins, de l'éidétisme, de la psychanalyse (celle-ci ne serait pas applicable chez les sujets syntones).

L'auteur propose un test d'association, puis une classification personnelle. Basée sur la psychopathologie, elle distingue des syntones et des schizoïdes, entre lesquels le passage est impossible. Parmi les schizoïdes, caractérisés par une altération qualitative de l'élan vital, on peut décrire : une forme passive, pauvre ; une forme riche, émotive, anxieuse (J.-J. Rousseau), une forme riche, consistante (la paranoïa), soit active, soit spéculative (Schopenhauer) ; la mythomanie ; la schizoïdie perverse. L'hystérie doit être rapprochée de la schizoïdie. Le groupe des syntones correspond à une modification quantitative du tonus vital : il y a le degré normal (syntone), le degré légèrement anormal (cycloïde), le nettement pathologique (cyclothymique), correspondant respectivement, dans l'autre groupe, au dystone, au schizoïde, au schizothyme et au schizophrène.

L'auteur donne des exemples de ces divers groupes : parmi les philosophes, qui sont le plus souvent des dystones (partant de l'abstrait), il cite les sceptiques intégraux, les cyniques, ceux à tendances mythomaniaques (Leibniz, Descartes, Fichte, Hamelin), les paranoïaques (Platon, Aristote, Auguste Comte, Schopenhauer). Les syntones sont plus rares (Bergson, les intuitionnistes). En politique les syntones sont opportunistes, les schizoïdes plus systématiques. Dans les arts et les sciences, les tendances sont diverses. Il faut signaler la capacité créatrice du schizoïde. Le surhomme est toujours un schizoïde. En terminant, l'auteur montre l'intérêt du test du chien et du

chat. Généralement, le syntone préfère le chien, le schizoïde le chat, sauf le schizoïde pervers qui aime les chiens molosses.

Le chapitre suivant envisage les complexes psychopathologiques nés de l'union de deux ou de plusieurs tendances secondaires, l'influence du milieu social, les réactions de compensation d'Adler, les conceptions existentialistes. Enfin, en conclusion, l'auteur défend une doctrine individualiste, réclamant une éducation aussi individualisée que possible, s'inspirant largement de Nietzsche, proposant un statut privilégié pour l'élite. Comme « nous sommes notre caractère et (qu') il est absurde de vouloir le changer », l'individu doit se développer au maximum en utilisant au mieux ses tendances, obéissant aux préceptes de Nietzsche : « Deviens celui que tu es », « Fais ce que toi seul peux faire », et répondant à la pensée d'Alfred de Vigny : « Qu'est-ce qu'une grande vie ? Une pensée de la jeunesse réalisée dans l'âge mûr. » Il faut opposer l'individualité de la vraie liberté à la pseudo-liberté des métaphysiciens et revaloriser la liberté empirique. De même, on doit reconnaître que la société a des responsabilités vis-à-vis de l'individu et doit lui donner la possibilité de se développer pleinement.

V.-J. DURAND.

PEDAGOGIE

L'évolution de la pédagogie soviétique, par Luigi VOLPICELLI. (1 vol., 238 pages, traduction de Pierre BOVEL, Delachaux et Niestlé édit., Neuchâtel-Paris, 1954).

Relation des tâtonnements, des expériences et des réalisations d'un régime nouveau en vue de la formation de l'enfance. Dans sa sécheresse, l'index chronologique qui termine ce livre, index qui va de la lettre ouverte de Tolstoï au Tsar, en 1901, à la décision du XIX^e congrès du parti, de remplacer en 1955 l'école de sept ans par l'école de dix ans, est le fidèle tableau d'une évolution pédagogique, reflet du développement de l'idéologie révolutionnaire russe, des étapes de la consolidation du régime, reflet aussi des doctrines « scientifico-idéologiques » de Mitchourine et de Lissenko.

La chute du tsarisme est due, a-t-on dit, au peu d'intérêt que ce régime portait à l'école. En 1919, dans le but d'assurer un lien permanent entre l'école et la société, le VIII^e Congrès du Parti créa l'école unique, laquelle était une « Ecole du Travail » préparant la « culture polytechnique ». Mais le communisme luttait alors contre la famine et contre la guerre civile et le sort des maîtres, celui des intellectuels, n'eut rien d'enviable. Introduite à l'école, la politique ruina toute discipline. Un contrôle politique strict transforma bien vite « l'autonomie des écoliers en tribunal politique, jugeant les maîtres sur délation ». La laïcité, authentique pensée de Marx, se transforma rapidement en lutte antireligieuse. Dans les universités, les étudiants furent accablés et « distraits de leurs études par une foule d'activités sociales et politiques obligatoires ». L'autonomie des universités maintenue pendant les deux premières années de la Révolution fut bientôt supprimée, entraînant la fin de la liberté de l'enseignement. « Les membres individuels du corps enseignant universitaire furent ceux qui souffrirent le plus de la Révolution. » Sur l'initiative de soviets locaux en quête d'une culture commu-

niste, prirent naissance un grand nombre d' « Universités libres socialistes » sans possibilités réelles, et dont beaucoup disparurent rapidement. Des bibliothèques circulantes, salles de lecture, clubs ouvriers, écoles pour adultes, furent créés, sous l'inspiration de Bogdanov, pour répandre l'instruction en dehors de l'école, lutter contre l'analphabétisme. Pourtant, « Lénine combattit résolument la prétention de Bogdanov de fonder la culture prolétaire sur un refus radical de la culture bourgeoise ».

Lorsque se présenta le gros problème des enfants abandonnés, l'école du travail eut un immense champ d'expériences. « Les enfants sont ceux qui toujours paient les guerres et les révolutions. » Comme Mme Kollontaj, Trotsky répétait que la famille « était une institution archaïque, bourgeoise, berceau de l'individualisme capitaliste ». D'où l'idée de « nationaliser » les enfants, de les libérer « de l'influence nocive de la famille ». Le nombre des enfants abandonnés se multipliant démesurément du fait de la politique suivie et les résultats obtenus dans les maisons d'accueil, surchargées, se montrant fort décevants, on fut, par la suite, amené à recourir à une action répressive, tout en renonçant à une nationalisation de ces enfants pour les placer dans des familles de paysans. De l'utopie intellectualiste, l'expérience conduisit ainsi à des actions gouvernementales mieux adaptées à la réalité humaine.

« Les années décisives du communisme de guerre eurent pour effet historique de liquider bien des utopies politiques : société sans classes, extinction de l'Etat, mort de l'école, instauration d'une société d'hommes égaux ». La réalité imposa ses problèmes. Le problème de l'éducation se transforma. Son idéal ne fut plus « la libre formation de l'individu », il tint compte « des seules fins de l'Etat » (conscience et instinct de classe, conscience de la solidarité de tous les travailleurs dans la lutte contre le capital). Le nombre des années d'école diminue, deux cycles sont créés ainsi qu'un ensemble scolaire divers dans ses fonctions, dans son recrutement, dans son travail. En 1926, apparaissent les *tecnicumye* de divers types destinées à former aux frais de l'Etat et des communes les ouvriers qualifiés. En fait, l'école unique disparaît en même temps que réapparaît la dualité du travail manuel et de la culture. On trouvera ici toutes indications sur la hiérarchie administrative et le contenu des programmes. Cette réforme, qui abolissait tout enseignement privé, remettait en honneur l'autonomie des élèves et associait organiquement à l'enseignement le travail productif. M. L. Volpicelli critique cet enseignement tout intellectualiste, n'aboutissant pas à l'action, le travail « privé d'âme » « qui ne servait en rien à l'apprentissage pratique du travail », l'ingérence politique continuelle, les longues interruptions pour des célébrations multiples. En janvier 1926, l'organe officiel du Narkompros (Commissariat de l'instruction publique) déclara : « Nos écoles ne répondent pas aux exigences les plus élémentaires. »

Du jardin d'enfants à l'université, l'élève doit respirer l'idéologie communiste, répétait Pinkevitch. Mais une stabilisation de l'école va s'opérer. En 1927, des écoles de fabriques comptent près d'un million d'élèves. Les examens d'admission aux universités sont rétablis non sans que s'élèvent des protestations contre le retour à l'autonomie des diverses branches d'enseignement et contre une restauration désirée autant par les élèves que par les maîtres. Travail à l'école, culture polytechnique ont fait faillite. L'école est en pleine crise.

Lénine disparu, le conflit éclate entre Staline et Trozky. Avec la politi-

que des plans quinquennaux va se créer l'économie soviétique et, avec elle, la grande Russie. Cela rendu possible par la richesse du pays. Le plan quinquennal (*piatiletka*) planifie toute la vie. La politique scolaire devient prérogative de la commission des plans d'Etat dont l'une des 22 sections, la section « d'édification culturelle » établit le plan général d'instruction obligatoire et d'éducation politique tandis que celle des « cadres économiques » veille à la préparation des techniciens et que la « sous-commission scientifique » élabore un plan de recherches scientifiques et des instituts spécialisés nécessaires. On s'occupe d'abord de préparer les travailleurs qualifiés et les spécialistes nécessaires, d'éliminer l'analphabétisme, de multiplier les écoles de tous types (non sans improvisations hâtives, tant pour les constructions que pour les maîtres), de créer des bourses d'étude (la gratuité de l'enseignement étant abolie pour les élèves tenus pour riches), des instituts universitaires, des maisons pour étudiants et pour professeurs. Se transformant, l'Académie des sciences, naguère isolée dans le culte de la science pure, devint par ses activités nouvelles (visites d'usines avec conférences) « un corps scientifique rattaché à la classe ouvrière par des liens directs, solides et permanents ». Une coopération s'établit entre l'école et les usines, de même qu'entre l'école et les kolkhoses. Intégrer toute l'école dans le plan quinquennal fut alors la politique scolaire. La science de la société devint la base idéologique de tout l'enseignement. Tous les exercices, tous les problèmes devaient être pris dans la réalité (travail, prix, répartition des produits, organisations d'ateliers, pensées et mots d'ordre de Lénine et de Staline, etc.). Mais les procédés pédagogiques nouveaux et les barèmes pédologiques aboutirent à taxer de retardés « la majorité des enfants » sans jamais, écrit l'auteur, « mettre l'accent sur l'insuffisance éducative de l'école, sur le défaut de préparation des maîtres, sur le manque de direction de l'ensemble ». Quant à l'enseignement supérieur soviétique au cours de ces années-là, il se caractérise par la multiplicité des cours et des travaux de laboratoire ne paraissant pas laisser de temps à l'étudiant pour des travaux personnels.

Des résultats du premier plan quinquennal, Staline releva ceux de l'industrie : l'éducation massive d'hommes nouveaux, d'ingénieurs, de techniciens, de jeunes ouvriers qualifiés ; ceux de l'agriculture, type nouveau de village avec ses constructions d'économie collective ; la diminution du nombre des illettrés ; le progrès social et culturel des femmes. Mais aussi la situation d'infériorité « inacceptable » des facultés de médecine et de pédagogie, l'absence d'obligation scolaire, l'insuffisance des constructions et du mobilier scolaires. Attirés par les gains, les jeunes « ne voulaient plus entendre parler de perdre leur temps à l'école ». Il fallut aussi limiter la surcharge des « prestations sociales des élèves ».

A côté des écoles proprement dites existent diverses institutions : organisations scolaires du Parti, universités communistes, instituts scientifiques du Parti, universités ouvrières, écoles de fabriques relevant de l'« humanisme socialiste » et de la formation essentiellement psychomotrice de l'ouvrier.

Avec le deuxième plan quinquennal (la seconde *piatiletka*), l'accent est mis davantage encore sur le problème de la formation des techniciens, d'où la récupération des techniciens de l'ancien régime et un large appel aux étrangers. L'école est réorganisée (sous forme d'Ecole moyenne unique et générale) ainsi que l'éducation préscolaire : nids et crèches jusqu'à 3 ans ; jardins d'enfants et écoles maternelles jusqu'à 8 ans ; école élémentaire (4 clas-

ses) ; école moyenne incomplète (3 classes) ; école moyenne complète (3 classes) ou *tecnicumye* (écoles professionnelles). Examens annuels obligatoires. Le travail comme matière d'enseignement perd de son importance. Des écoles pédagogiques forment les maîtres en trois ans. Concours d'admission pour l'entrée aux universités, dont la spécialisation est très grande. Par exemple, la Faculté de médecine, qui forme surtout des praticiens, est subdivisée en trois : Thérapie et prophylaxie ; Faculté sanitaire ou prophylactique ; Faculté de protection de la maternité et de la première enfance. A la première est adjointe une section de stomatologie. A la fin des études scientifiques, des examens d'état en vue de deux grades : « candidat » acheminant au titre de docteur ; « docteur » donnant accès au professorat. En 1933, est fondée par le Parti, à Moscou, une université marxiste-léniniste destinée aux « travailleurs de la science », qui devint en 1936 une sorte d'école de perfectionnement.

M. L. Volpicelli étudie ensuite les étapes et les conséquences de « l'humanisme socialiste » au temps du « Grand Renouveau ». La psychologie soviétique, science sociale, souligne le rôle décisif de l'éducation « dans la formation de la personnalité humaine ». Cela « sur la base de la doctrine marxiste, pour laquelle la conscience des individus est déterminée par leur être social et se modifie en même temps que se modifient les rapports économiques et sociaux ». Les stades du développement de l'enfant sont liés à la forme d'activité qui prédomine à un moment donné. Cette orientation nouvelle vers l'humanisme socialiste se reflète jusque dans le Statut pour les jardins d'enfants (1938), auxquels est donné pour but d'assurer « le développement général des enfants » et de les élever « dans l'esprit du communisme ».

Orthodoxie et autorité réalisèrent peu à peu la reconstruction de l'école sans que l'enseignement soviétique réussisse à obtenir un minimum d'autonomie tel est le caractère politique de l'école. D'où des « lacunes graves » en dépit de la continuelle augmentation du nombre des établissements d'enseignement, du « gigantisme scolaire », aboutissant à la formation de spécialistes de nom dont beaucoup sont « incapables de faire un travail sérieux » (*Pravda*, 22 mars 1941). L'école unique avait absorbé les écoles de fabrique, affaibli les *tecnicumye*. La crise de la guerre souligna les défauts et l'on s'employa à les corriger. La gratuité de l'enseignement fut supprimée, sauf pour l'école obligatoire. On dénonça le manque de préparation des maîtres, cause de désertion des écoles, leur nombre insuffisant, les inconvénients de l'indiscipline des élèves, l'inobservation de l'ordonnance introduisant l'enseignement obligatoire des langues étrangères. On renonça à la coéducation des garçons et des filles. En 1946, il y avait encore 20 % d'illettrés. Des écoles militaires et navales avaient été instituées en 1940. Puis la guerre imposa à l'école soviétique de nombreuses et importantes limitations. Usines et fabriques d'armes absorbèrent les élèves. Des cours du soir furent organisés, des écoles transportées vers l'est, des orphelins (près d'un million) adoptés par des particuliers. Maîtres et élèves suppléèrent à la main-d'œuvre agricole. Le nombre des étudiants diminua considérablement. La durée des études fut réduite.

Malgré les destructions, dès le reflux des troupes allemandes, on s'appliqua à rouvrir les écoles avec des moyens de fortune ou à les reconstruire, à ramener les maîtres, à les ravitailler ainsi que les enfants. Les salaires des maîtres furent augmentés. De nouveaux programmes furent établis, tenant compte de ce que le renouveau de l'enseignement est étroitement lié à la

préparation des maîtres et à leur culture et qui aboutirent à transformer les manuels. Une Académie des sciences pédagogiques fut fondée, l'âge scolaire fut abaissé de 8 à 7 ans, le caractère obligatoire de l'instruction renforcé, une attention spéciale accordée aux cours techniques du soir pour les ouvriers. Deux changements décisifs de la politique soviétique eurent un retentissement sur l'école : la nouvelle politique de paix religieuse (qui s'établit sur la séparation de l'Eglise et de l'Etat sans cependant faire disparaître de l'école la lutte anti-religieuse) et la nouvelle politique familiale opposant pour la première fois (1944) la famille légale (avec une absolue prééminence juridique et morale) à la famille naturelle. « L'éducation sera faite par la famille, mais sous la direction de l'école, par le moyen de l'éducation des parents dont l'école est chargée. » La vie de famille se trouve étatisée. « Il n'y a plus un moment de la vie où l'Etat n'intervienne. » Les écoles de garçons sont séparées des écoles de filles et il leur est donné des maîtres de leur sexe. Une appréciation exclusive et dogmatique de l'action du maître a remplacé la pédologie, qui mettait l'accent sur le milieu social et peu sur l'action de l'école. Des diplômes sont créés, des examens de maturité, des médailles d'or pour les élèves ayant eu des succès aux examens de maturité et « une excellente conduite ». Les membres du Komsomol (jeunes communistes) doivent être des écoliers modèles, de même que les Pionniers (9 à 14 ans), organisations insérées dans le cadre de l'école autoritaire. Des comités de classe, d'école, sont élus chaque année. Sur invitation du directeur, le comité d'école peut prendre part aux réunions du Conseil pédagogique. L'auteur cite les critiques des méthodes d'éducation préscolaires en Russie présentées par M. E. I. Volkove, chef de l'éducation préscolaire. Il souligne l'opposition entre la fonction de l'école et les exigences de l'action politique, qui la traite comme un instrument de propagande. Il critique la rigidité de l'enseignement, les livres d'histoire, instruments d'éducation patriotique, mais simples et faciles dans leurs narrations, fait l'éloge des manuels de géographie, mais insiste à nouveau, « éternelle plainte en Russie », sur l'insuffisante qualité des maîtres, « étroitement liée, par définition, à la pauvreté de l'esprit critique dans leur formation ».

Après tant d'expériences, animée d'une volonté de renouvellement, l'école russe est le reflet d'une centralisation étatique toujours plus rigide. Ecole de masse, rapidement créée parmi des populations encore primitives, avec un personnel souvent improvisé, elle est l'objet d'une pression et de préoccupations politiques ainsi que de préoccupations utilitaires, professionnelles. Les principaux objectifs de son enseignement sont maintenant d'élever le niveau de culture, de développer l'instruction polytechnique, l'étude des problèmes du travail, de consolider la discipline. Ainsi renaissent des problèmes souvent envisagés, non encore résolus. Mais, conclut M. Volpicelli, « au point où elle en est, l'école soviétique a besoin de liberté, cette liberté qui est le fondement de la culture ».

Si long que ce soit ce compte rendu d'un livre particulièrement riche de faits et de documents puisés aux meilleures sources d'U.R.S.S. et de la confrontation des témoignages les plus divers, il est bien insuffisant à situer les étapes et la situation présente de l'école russe. Cette traduction française du livre de M. Volpicelli n'est aussi qu'un abrégé de l'édition en langue italienne. Et bien des points importants de cette histoire de la pédagogie en

Russie, associée à l'histoire de l'U.R.S.S., n'ont pu trouver place ici. Mais tous ceux qui s'intéressent à la formation de l'enfance liront avec intérêt cette relation d'expériences pédagogiques successives et parfois contradictoires, réalisées en un temps relativement très court sous l'influence d'idées théoriques mais aussi sous la pression des circonstances et des besoins.

René CHARPENTIER.

BIOLOGIE

Réaction organique à l'agression et choc, par H. LABORIT, chirurgien des hôpitaux de la Marine. *Préface* du professeur René LERICHE, 2^e édition entièrement refondue (1 vol., in-8°, 262 pages avec 23 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris 1955).

Il serait superflu de rappeler le succès de la première édition (1951) d'un ouvrage qualifié dans la préface, par le professeur René Leriche, de « livre remarquable et qui doit retenir l'attention ». Basé sur l'étude expérimentale du choc pendant de longues années, ce livre apportait des idées nouvelles et une thérapeutique nouvelle. Cette seconde édition bénéficie des travaux réalisés depuis, tant par l'auteur que, sous l'inspiration de ses résultats, par de nombreux autres chercheurs. Elle a été entièrement refondue. Etat transitoire d'une affection évolutive « la réaction organique à l'agression », le choc y est ici étudié au point de vue physio-biologique.

Après un important chapitre dans lequel, en une vue d'ensemble, il présente sa doctrine, indique l'attitude thérapeutique qui en découle et le plan qu'il va suivre pour l'exposer, l'auteur étudie les principaux systèmes corrélatifs mis en jeu par l'agression : système nerveux végétatif, système artériolo-capillaire, système endocrinien, système réticulo-endothélial. Ces chapitres ont été développés et complétés par les notions récemment acquises. Ils permettent de mieux relier entre eux les éléments fournis par la clinique et le laboratoire dans les chapitres suivants qui sont consacrés à l'étude de la symptomatologie, de l'évolution des états de choc et de la réaction oscillante post-agressive. Réaction qui peut être harmonieuse si la réaction organique est proportionnée à l'agression, si les moyens de défense homéostatiques sont suffisants, si l'agression n'est pas trop intense, mais qui, sans cela, sera disharmonique et qui pourra aussi subir l'influence de certaines insuffisances organiques.

Suit l'étude physiopathologique et chimique du choc et de la réaction oscillante post-agressive dans les différents systèmes corrélatifs et dans diverses formes cliniques. Du point de vue biologique comme du point de vue physiopathologique, il existe une réaction oscillante autour de la position d'équilibre perdu, évoluant en deux phases successives, catabolique et anabolique, et dont l'évolution harmonieuse peut être troublée.

Dans un chapitre consacré à l'anatomie pathologique, M. H. Laborit passe en revue les lésions organiques rencontrées à la suite des agressions. Si certaines sont dues à l'action directe de l'agent agresseur, d'autres sont la conséquence de ces désordres physio-pathologiques, le plus souvent de désordres vaso-moteurs, c'est-à-dire d'un phénomène végétatif. « Elles sont le résultat

d'une réaction désordonnée en intensité et en durée. Elles sont conditionnées par un métabolisme anaérobie exclusif, vraisemblablement, dont l'origine vaso-motrice, constrictive ou dilatatrice est probable à partir du moment où elle sort des limites homéostasiques courantes. »

Après un exposé résumé des « théories de choc » (théorie nerveuse, théorie toxique, théorie des pertes de liquides, théorie surrénalienne), un essai de synthèse aboutit à cette conclusion que la connaissance de la réaction oscillante permet une compréhension des phénomènes observés, leur réunion suivant un thème évolutif général et la distinction entre phénomènes de défense et de faillite homéostasique, qu'elle permet aussi de prévoir l'illogisme d'une thérapeutique dirigée essentiellement dans le sens presseur et catabolique, ne tenant pas compte du caractère oscillant des phénomènes. La mise en jeu des systèmes corrélatifs n'a pas pour mission de protéger l'existence et certains phénomènes dits de défense favorisent la perte de la vie. Vie et homéostasie sont des phénomènes différents. Les régulations homéostasiques caractérisent les faits physiologiques ou paraphysiologiques. En cas d'agression grave, l'organisme met en jeu des mécanismes qui ont pour effet, non le maintien de la constance générale du milieu intérieur, mais un approvisionnement correct au niveau des centres.

Prophylaxie des états de choc et de la réaction oscillante post-agressive se confondent. L'auteur étudie successivement la correction des déséquilibres préagressifs, la défense de l'équilibre du milieu intérieur, l'entraînement organique à l'agression, l'hibernothérapie (étude expérimentale et étude clinique), la prophylaxie de certaines formes particulières de choc, la prophylaxie de la réaction oscillante post-agressive. « L'hibernation totale répond aux cas limites des possibilités médico-chirurgicales ou à ceux qui les ont dépassées. Par contre, tant qu'un organisme est capable de répondre à une agression en rétablissant son équilibre homéostasique sans attenter à sa vie, la neuroplégie qui le maintient dans les limites harmonieuses de ses possibilités réactionnelles oscillantes est seule à envisager. » M. H. Laborit souligne l'importance de l'action thérapeutique au niveau du système artériolo-capillaire, de la réfrigération, de l'hibernation contrôlée. Il insiste sur la notion essentielle de la distinction à faire, tant au point de vue prophylactique que curatif, entre syndrome lésionnel et réactionnel. Neuroplégie et hibernation artificielle ont chacune leurs indications : si celles de la neuroplégie sont plus nombreuses, cela résulte de la fréquence et de l'importance du syndrome réactionnel dont le traitement pourra éviter l'apparition de lésions secondaires à la réaction.

En conclusion, élevant le problème, l'auteur entrevoit sur le plan de l'esprit les mêmes rapports que ceux isolés au cours de ce travail. « Pour assurer sa liberté, l'esprit a besoin de ne plus obéir aux exigences du milieu intérieur, à la tyrannie hormonale. » Il existe, semble-t-il, une « homéopsychostasie », ajoute M. H. Laborit, et les moyens pour y parvenir ne sont autres que les trois attitudes à la disposition de l'organisme en cas d'agression : lutte contre les exigences du milieu intérieur ; entraînement ; ou régression, soumission qui aboutit à la perte de la liberté.

René CHARPENTIER.

THÉRAPEUTIQUE

Psycho-chirurgie et fonctions mentales, techniques, résultats, applications physiologiques, par J. LE BEAU, neuro-chirurgien de l'hôpital Lariboisière, avec la collaboration de M^{me} M. CHOPPY, J. GACHES, et M. ROSIER. (1 volume, 430 pages, avec 78 figures, 1 planche hors-texte en couleur. Masson et Cie, édit., Paris, 1954).

Il est inutile de souligner ici l'intérêt des résultats obtenus par la psycho-chirurgie, de rappeler l'importance de la contribution qu'ils apportent à la connaissance de la psycho-physiologie du lobe frontal comme à la thérapeutique de certains troubles mentaux et de certaines douleurs irréductibles. Techniques nouvelles, d'indications encore insuffisamment précisées, d'application délicate, de résultats souvent controversés, tout concourt à faire de cet ouvrage, méthodique et clair, non seulement un guide pour le neuro-chirurgien, mais un recueil de faits pour le neurologue ou le physiologue. Il est aussi, pour le psychiatre, un témoignage et une analyse des résultats obtenus en même temps que le rappel des risques opératoires, une connaissance aussi plus approfondie de certains symptômes.

Après une première partie, dans laquelle sont exposés des principes généraux anatomiques, physiologiques, cliniques (névroses, psychoses, douleurs irréductibles) et psychologiques (analyse factorielle et tests objectifs de comportement, critique des « systèmes psychanalytiques ») et où l'auteur insiste particulièrement sur le vide, voire le danger, de « généralisations philosophiques purement verbales », il décrit les diverses techniques chirurgicales (opérations frontales, leucomies, sections sous-corticales, topéctomies, résection orbitaire, cingulectomie, opérations temporales, opérations sur le tronc cérébral). Des complications il situe les causes, la fréquence ; il en indique le traitement. Un chapitre est consacré à la réadaptation et à la rééducation post-opératoires dont l'auteur souligne l'importance capitale en même temps qu'il s'attache à la recherche des critères de guérison.

La troisième partie est réservée à l'appréciation des résultats cliniques et aux indications de la psycho-chirurgie. De la lobotomie, M. J. Le Beau conclut à une reprise d'activité sociale dans un tiers des cas en moyenne (dans la schizophrénie : 30 % environ de guérisons ou d'améliorations). Contre-indiquée dans l'hystérie, elle donnerait « en particulier des résultats meilleurs dans l'anxiété que dans l'obsession », presque toujours « de très bons résultats » dans les douleurs irréductibles. Mais les « excès » et les « insuffisances » de la lobotomie (terme presque aussi vague que celui de trépanation) font préférer à l'auteur une chirurgie frontale sélective dont il analyse les résultats dans différentes affections mentales et dans les douleurs irréductibles en un important chapitre nourri d'observations personnelles et de statistiques. Il en compare les résultats, en déduit les indications générales et les contre-indications. Deux chapitres sont réservés au rôle de la chirurgie du lobe temporal dans le traitement des troubles mentaux, et aux opérations portant sur le diencephale et le mésencéphale (thalamotomies, hypothalamotomies, mésencéphalotomies).

Les derniers chapitres du livre sont consacrés aux informations fournies par la chirurgie frontale sélective sur les fonctions des lobes frontaux,

recherches qui aboutissent à un essai de systématisation des relations entre les lobes frontaux et les fonctions mentales, à la « détermination des zones frontales qui paraissent avoir une valeur prédominante dans tel ou tel aspect du comportement mental ». L'analyse du syndrome post-opératoire et de ses formes cliniques, l'étude des relations entre ce syndrome et l'étendue, la localisation, de la résection, amènent à d'intéressantes conclusions, au moins provisoires. L'observation clinique de différences entre les syndromes post-opératoires a amené l'auteur à utiliser pour des études psychologiques un certain nombre de tests (Wechsler-Bellevue, Porteus, Cattell, Petrie, etc...) dont il évalue les résultats, à dates fixes, dans les divers types d'opérations. Il relève que les modifications observées ne dépendent pas seulement d'un facteur chirurgical quantitatif et qu'elles sont en faveur de la localisation de fonctions différentes dans les différentes parties du lobe frontal. Il conclut à la validité de la contribution apportée par la chirurgie frontale sélective aux problèmes de la psycho-physiologie de la personnalité. C'est « la compensation, l'équilibre, la normalisation qu'apportent les diverses opérations frontales sélectives » qui expliquent l'action thérapeutique de la psycho-chirurgie, dont l'auteur résume les applications cliniques, mettant en parallèle les changements psychologiques consécutifs aux opérations frontales avec certaines modifications physiques d'ordre neurologique ou somatique. M. Le Beau reconnaît d'ailleurs que ces considérations « sont souvent hypothétiques » tout en ayant « l'avantage de s'appuyer sur une méthode anatomo-clinique et psychologique qui conduit à envisager un programme cohérent de recherches ».

Science jeune, puisqu'elle date à peine de vingt ans, la psycho-chirurgie n'est assurément pas un mode idéal de traitement des troubles de l'esprit. C'est une thérapeutique d'attente dont on est en droit d'espérer le caractère provisoire. Non sans risques, ni sans échecs, elle a cependant à son actif des succès en dépit de modifications indésirables de la personnalité qui en sont trop souvent la déplorable contre-partie. Ce livre, véritable Traité de psycho-chirurgie, et que termine une abondante bibliographie, est une importante contribution à la mise au point de ce que l'on peut actuellement en attendre.

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des facteurs psychologiques et sociologiques de l'alcoolisme. Leur influence sur les résultats du traitement par le tétra-éthyl-thiurame-disulfide, par Raymond VALLET. (1 brochure in-8°, 94 pages, Imprimerie moderne, Aurillac, *Thèse Toulouse* 1955).

Dans ce travail, basé sur 55 observations du service du Dr L. Gayral à la Clinique universitaire neuro-psychiatrique de Toulouse, M. Raymond Vallet rappelle tout d'abord les notions acquises sur les facteurs psychologiques et sociaux de l'alcoolisme, l'intrication des caractères psychologiques de l'imprégnation toxique avec la personnalité du sujet, l'importance du milieu familial et social, et de l'attitude qu'il adopte à l'égard de l'alcoolique.

De la cure, l'auteur précise le mode d'abord psychologique, la technique et les contre-indications, les conditions nécessaires à sa consolidation, les résultats. De chaque observation, il résume les facteurs psychologiques et sociaux, avant d'indiquer dans chaque cas les résultats de la cure de dégoût par le T.T.D. Ces résultats, pour les 55 malades retenus (les renseignements

d'après cure ayant été obtenus), sont de 23 succès, 23 échecs et 9 résultats moyens. Climat familial et réinsertion professionnelle favorable sont des éléments importants de succès. Éléments essentiels, l'acceptation de la cure par le malade, et même sa volonté apparente de coopération, ne sont cependant pas une garantie absolue du résultat.

En conclusion, le pronostic dépend à la fois du passé de l'alcoolique (dont l'auteur souligne les éléments constitutionnels ou pathologiques relativement favorables à la cure et ceux qui y font obstacle) et de la situation sociale, familiale, du moment.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE DE L'ENFANCE

Les asynchronismes anatomo-cliniques. Retards des automatismes primaires et secondaires, complications tardives des accidents pathologiques de la première enfance, par ANDRÉ-THOMAS. (*Le bulletin médical*, 67^e année, n° 12, 15 juin 1953, p. 303-310).

Il est souvent difficile, chez un enfant ou un adolescent présentant une affection nerveuse organique, de préciser le moment de son début et de la rattacher à une affection prénatale, à un accident obstétrical ou à une maladie post-natale. Différentes causes de lésions du système nerveux sont successivement examinées. L'intérêt de la recherche des automatismes primaires et secondaires est montré. En même temps que les seconds s'acquièrent, les premiers disparaissent. Dans de nombreux cas, il est malaisé de faire la part de l'élément obstétrical et de l'élément surajouté post-natal. Les malformations squelettiques congénitales posent des problèmes particuliers. Dans tous les cas, c'est souvent très tardivement que s'établissent les troubles nerveux.

V.-J. DURAND.

Etude génétique et nosologique de l'idiotie amaurotique infantile, par D. KLEIN (de Genève). (*Comptes rendus de la 14^e réunion des oto-neuro-ophtalmologistes et neuro-chirurgiens romands*, 16-17 octobre 1954).

Exposé de l'histoire de la maladie de Tay-Sachs et de sa relation avec les différentes autres formes d'idiotie amaurotique familiale (formes juvénile, infantile tardive, adulte et congénitale). L'auteur discute le rapport nosologique existant entre la maladie de Tay-Sachs et celle de Niemann-Pick et décrit un cas typique d'idiotie amaurotique infantile chez une fillette de 10 mois, d'origine libano-syrienne, née de parents non consanguins et non

israélites. Il mentionne en particulier les résultats de l'enregistrement simultané de l'électro-encéphalogramme et de l'électro-rétinogramme. Après quelques données génétiques sur l'idiotie amaurotique infantile, l'auteur compare une statistique de Slome (1933), comprenant 88 familles avec 130 atteints, et une analyse personnelle de 64 familles avec 99 atteints, publiées dans la littérature récente. Il ressort de cette confrontation que les chiffres d'atteints correspondent assez bien à la proportion mendélienne de 25 %, typique pour un caractère récessif. Par contre, on relève une fréquence augmentée du gène pathologique dans la population générale depuis une vingtaine d'années.

Quelques remarques concernant le pronostic et la prophylaxie de la maladie de Tay-Sachs terminent cet exposé.

L. R.

Sur deux cas de mélanose cutanée avec hydrocéphalie. Contribution à l'étude des phacomatoses. (Su due casi di melanosi cutanea con idrocefalo. Contributo allo studio delle facomatosi), par Matteo VIVIANO (de Gênes). (*Il cervello*, 29^e année, n° 3, 15 mai 1953, p. 184-200).

L'auteur rapporte deux observations de mélanose cutanée avec hydrocéphalie : la première chez une fillette de 10 ans, avec monstrueux nævus de teinte marron-olivâtre, fibromes cutanés, aucun antécédent familial ; la seconde chez un garçon de 6 ans, avec vaste tache jaune-marron, petits fibromes cutanés, antécédents familiaux. L'importance des signes présents dans ces deux cas et leur association à divers symptômes neurologiques et psychiques, ont permis à l'auteur une interprétation diagnostique et diverses considérations étiologiques sur le tableau des « dysplasies neuro-cutanées » ou « phacomatoses » et, en particulier, de la « mélanose cérébro-cutanée ». Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La polydystrophie de Hürler ou gargoylisme de Ellis, par Françoise BONNENFANT. (*Le bulletin médical*, n° 10, 15 mai 1953, p. 251-254).

A propos d'une observation chez une fillette de 6 ans, l'auteur décrit la polydystrophie de Hürler, ou gargoylisme de Ellis, ou dysostosis multiplex de Pfaundler-Hürler, ou lipochondrodystrophie, forme particulière de nanisme familial, héréditaire, à transmission selon le mode récessif. Après une croissance normale apparaît le nanisme, s'opposant au volume important du crâne. Le faciès est caricatural, en gargouille, le cou très court, le rachis cyphotique, la motilité limitée. L'atteinte viscérale est constante : gros foie, grosse rate, troubles oculaires avec lésions cornéennes, souvent surdité. L'arriération psycho-motrice est presque constante, allant du simple retard à l'idiotie complète. L'examen radiologique montre des altérations caractéristiques du squelette. Fait essentiel, le gargoylisme est une dysmorphose évolutive aboutissant à une mort précoce. L'étiologie et la pathogénie sont encore peu connues.

V.-J. DURAND.

Toxoplasmose, par R. BECKERS (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, juillet 1954).

Etude bibliographique, biologique, clinique, épidémiologique de la toxoplasmose, des possibilités actuelles du diagnostic, du rôle aussi que joue cette affection dans la genèse des embryopathies.

L. R.

Signes précoces radiographiques et électro-encéphalographiques de l'atrophie cérébrale unilatérale, par H. FISCHGOLD, G. ARFEL et P. MATHIS. (*L'encéphale*, t. 43, n° 2, 1953, p. 145-157).

De trois observations d'enfants avec hémiplégie cérébrale infantile, de 21, 24 et 36 mois, dans les deux premiers cas on note les signes initiaux de l'atrophie cérébrale infantile au niveau de la fontanelle antérieure et de la suture longitudinale. Dans le troisième, il y a hyperpneumatisation de la mastoïde et convexité crânienne moins marquée du côté atrophique. La pneumographie fut faite dans les observations 2 et 3. Quant à l'électro-encéphalographie, ses résultats sont assez discutables. Onze figures.

V.-J. DURAND.

Les tumeurs cérébrales chez l'enfant, par M. ROCHE. (*Pédiatrie*, n° 3, 1954).

Après avoir passé en revue la fréquence de ces tumeurs selon le sexe, l'âge, la localisation et les variétés histologiques, l'auteur étudie les tumeurs cérébrales primitives : les médulloblastomes sont la tumeur de l'enfant, avant tout cérébelleux, d'évolution rapide ; les gliomes comprennent les glioblastomes rares, les astrocytomes très fréquents, les oligodendrogliomes plus fréquents qu'on ne croit ; les tumeurs épendymaires sont très rares, comme celles des plexus choroïdes et celles de la glande pinéale ; les crâniopharyngiomes sont la seule tumeur de l'hypophyse rencontrée chez l'enfant. Ces tumeurs sont toujours plus fréquentes chez les garçons que chez les filles. L'auteur donne pour chacune d'entre elles, en plus de la clinique, des chiffres de différentes statistiques au point de vue fréquence et résultats de la thérapeutique. Une importante bibliographie termine cet article.

D. JOYEUX-QUERCY.

Trois cas de catatonie dans l'enfance (Tres casos de catatonía en la infancia), par S. D. ROEDENBECK. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 16, n° 1, mars 1953, p. 93-118).

L'auteur étudie trois cas de catatonie de l'enfant et passe en revue les facteurs étiologiques et pathogéniques proposés. Se basant sur un examen systématique de 60 enfants d'un mois à trois ans, montrant l'absence de catatonie par immaturité physiologique, Roedenbeck rappelle les deux possibilités diagnostiques : 1) affection nerveuse provoquée par une lésion des corps striés, du cervelet et du lobe frontal ; 2) schizophrénie à forme catatonique. Il conclut finalement que le syndrome catatonique des trois cas est d'étiologie organique. Huit figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Trois cas de tentative de suicide chez des enfants. (Three cases of attempted suicide in children), par L. P. LIEBERMANN (de Budapest). (*The British Journal of medical Psychology*, vol. 26, n° 2, 1953, p. 110-114).

L'auteur rapporte trois observations de tentatives de suicide concernant : un garçon de 13 ans, une fillette de 12 ans et une de 2 ans 8 mois. Il y avait, dans le premier cas, un conflit entre l'enfant et sa mère, veuve ; dans les autres, rupture des relations affectives avec la mère, associée à des circonstances extérieures défavorables. Dans la dernière observation, il faut noter l'indifférence, la négligence de la mère ; un traumatisme affectif interne provoqua la tentative de suicide.

V.-J. DURAND.

Données du test de Rorschach dans l'épilepsie infantile et juvénile, par Léon MICHAUX et J. COUVREUR. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 16 février 1954).

Devant le polymorphisme clinique de l'épilepsie infantile et l'infidélité fréquente de l'électro-encéphalogramme, certains auteurs ont espéré trouver un procédé de diagnostic dans le test de Rorschach. Les auteurs en contestent la valeur pratique. On a décrit une formule du test qu'on a prétendue typique de l'épilepsie : allongement du temps de réaction ; persévération ; stéréotypies de type kinesthésique, animal ou anatomique ; fréquence des DG accompagnées de contamination et de confabulation ; prédominance des C sur des F ; fréquence des C pures et des K ; pourcentage restreint des banalités ; type extratensif plus souvent observé que le type introversif. Les auteurs ont vu cette formule manquer dans des épilepsies flagrantes et exister en dehors de tout stigmate clinique ou électro-encéphalographique de comitativité. Elle n'a pour eux qu'une valeur d'évocation, nullement d'affirmation, et ne saurait permettre de contredire la clinique ou l'électro-encéphalographie.

L. R.

A propos de la recherche de comitativité dans les différentes formes cliniques de terreur nocturne chez l'enfant, par G. HEUYER, S. LEBOVICI, R. DIATKINE et M^{lle} A. OUDART. (*Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, novembre-décembre 1954).

Les auteurs classent les terreurs nocturnes en accès oniriques, grande terreur nocturne classique, accès dégradés et cauchemar simple. Ils citent quelques observations récentes. S'agit-il de manifestations banales, d'une organisation névrotique, d'épilepsie ? Il convient toujours de faire un électro-encéphalogramme. Cependant, la conclusion reste difficile quand il n'y a pas de comitativité connue et quand l'électro-encéphalogramme est imprécis (ce qui est fréquent). Aussi prudence thérapeutique et répétition des examens.

D. JOYEUX-QUERCY.

Contribution à l'étude psychologique de la "viscosité" mentale dans la comitativité des jeunes, par M. SCHACHTER. (*Archives internationales de neurologie*, 72^e année, n° 5, mai 1953, p. 102-109 et 72^e année, n° 6, juin 1953, p. 124-130).

L'auteur rapporte l'observation d'un jeune malade présentant des crises comitales, étudiées par l'électro-encéphalographie, et qui fut soumis à sept

tests de Rorschach ainsi qu'à d'autres épreuves (T.A.T., tests de Zulliger et de van Lennep). Il fut possible de mettre en évidence le caractère collant, visqueux, adhésif, propre aux épileptiques. Par contre, on ne retrouva pas la tendance agglutinante des perceptions, dénoncée par Mme Minkowska. La multiplicité des examens projectifs et la permanence de leurs résultats rendent particulièrement démonstratif le présent cas.

V.-J. DURAND.

L'état de mal convulsif du nouveau-né : aspect clinique et électro-encéphalographique. Indications thérapeutiques, par A. MINKOWSKI, C. DREYFUS, St. Anne DARGASSIAS et D. SAMSON (*Bull. de la société de pédiatrie*, séance du 16 novembre 1954).

Etude de 17 observations d'état de mal du nouveau-né sélectionnées à la clinique obstétricale Baudelocque. Dans 8 cas, avec état de mal ayant duré moins de 24 heures, il a été noté 6 évolutions favorables. Dans 9 cas, avec état de mal ayant persisté plus de 24 heures, l'évolution a été fatale 7 fois. Les auteurs soulignent les particularités cliniques et encéphalographiques constatées. Sur les 17 cas, il y eut 2 méningites, dont l'une découverte seulement à l'autopsie.

Au point de vue thérapeutique, la ponction lombaire est indiquée avec évacuation de 5 cm³ de liquide chez le nouveau-né à terme, de 2 à 3 cm³ chez le prématuré. Les jours suivants on peut pratiquer des ponctions de 1 cm³. Le gardénal en association avec le chloral donne les meilleurs résultats à condition que les doses soient suffisantes. Gardénal : 2 cg. par kilogramme. Sirop de chloral : 1/2 cuillerée à café toutes les 4 heures chez le nouveau-né à terme. Les auteurs ont également utilisé le largactil-phénergan seul ou associé au gardénal-chloral.

L. R.

Comitialité clinique et électrique chez 2 nourrissons rachitiques hypocalcémiques. Guérison par le traitement vitamino-calcique, par H.-P. KLOTZ et ATTAL. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 janvier 1955).

Deux observations de comitialité survenue chez des nourrissons de 4 mois et de 1 an, tous deux rachitiques et hypocalcémiques. La guérison a été obtenue par l'administration de chlorure de calcium, de vitamine D₂ et de dihydrotachystérol. Les électro-encéphalogrammes, qui montraient des tracés épileptogènes, sont redevenus normaux et les nourrissons paraissent guéris.

L. R.

Le problème des complexes pointe-onde dans l'épilepsie, par Michelle B. DELL, G.-C. DREYFUS BRISAC et C. LAIRY-BOUNES. (*L'encéphale*, t. 42, n° 4, 1953, p. 353-376).

La question des complexes pointe-onde dans l'épilepsie est en plein remaniement. Les bouffées bilatérales de pointes-ondes ne sont pas aussi spécifiques qu'on le pensait. On peut les provoquer chez un sujet non épileptique par stimulation lumineuse intermittente associée au cardiazol intraveineux. Chez l'épileptique, elles se voient, non seulement au cours des absences,

mais aussi dans d'autres formes, particulièrement chez l'enfant. L'existence d'un foyer cortical, d'une lésion cérébrale localisée ou d'une asymétrie peut modifier l'aspect de la bouffée. Les pointes-ondes semblent exprimer une condition fonctionnelle privilégiée répondant à la maladie elle-même, mais aussi à des facteurs généraux (âge, métabolisme, etc...). L'interprétation demeure souvent difficile. Quelques observations sont rapportées avec les tracés correspondants. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Troubles du comportement et épilepsie temporale, par G. HEUYER, S. LEOVICI, M^{me} LERIQUE et GIABICANI. (*Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, novembre-décembre 1954).

Sept cas de troubles du comportement assez banaux, tendances perverses, malignité, mensonge, vol... qui aboutissent habituellement à la délinquance infantile. Dans le premier cas seulement, une épilepsie convulsive avec électro-encéphalogramme caractéristique. Les autres enfants n'eurent jamais de crises ; cependant l'électro-encéphalographie montre un cas de pointes généralisées, un cas de bouffées paroxystiques frontales et des ondes O temporales bilatérales, mais surtout 5 cas de localisation temporale.

Du point de vue médico-légal, que faire de ces sujets présentant un tracé épileptique et n'ayant pas eu de crises ? Actuellement, il n'y a pas de placement possible pour eux. Les auteurs demandent des établissements spéciaux pour ces sujets parfois délinquants, à dysrythmies épileptiques le plus souvent temporales.

D. JOYEUX-QUERCY.

Dysrythmies cérébrales et troubles du caractère, leurs rapports avec l'épilepsie psychomotrice, par J. ALLIEZ et M. DONGIER. (*Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, novembre-décembre 1954).

Observation d'un garçon de 16 ans présentant des phénomènes olfactifs au cours de fugues conscientes, arriéré affectif, réagissant à la moindre contrariété par des crises de tremblement, avec débilité mentale, otite chronique bilatérale. On pose le diagnostic d'épilepsie psychomotrice possible. Mais l'électro-encéphalogramme a des anomalies qui, il y a un an, auraient été imputées à des lésions et n'y correspondent pas forcément.

Les auteurs rappellent les travaux de D. Hill et des auteurs anglo-saxons et laissent dans le dilemme : soit de paroxysmes expressifs, intégrés dans l'épilepsie psychomotrice, soit de paroxysmes expressifs se manifestant par des troubles fonctionnels de l'électrogenèse, indépendants de toute lésion épileptogène.

D. JOYEUX-QUERCY.

Etude clinique de l'épilepsie psychomotrice de l'enfant, par J. ROGER. (*Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, novembre-décembre 1954).

Etude de cent cas. Après avoir défini l'épilepsie psychomotrice, l'auteur remarque qu'un sixième des enfants épileptiques de 3 à 15 ans présente des

crises psychomotrices, la fréquence variant considérablement selon l'âge. Les étiologies les plus fréquentes étant la maladie traumatique du nouveau-né, des traumatismes crâniens et l'encéphalite aiguë. La séméiologie est extrêmement complexe ; on rencontre le plus souvent la « fausse absence » ; on observe fréquemment des automatismes de la sphère orale, des manifestations végétatives, motrices forcées et sensitives. L'association avec la crise généralisée est commune ; par contre, rareté des manifestations signant une localisation temporale. L'évolution est très variable.

L'encéphalographie gazeuse a une grande valeur pronostique. Quant à l'électro-encéphalogramme ayant des décharges à projection temporale, on ne le trouve que chez la moitié des enfants atteints d'épilepsie psychomotrice et, parmi les enfants ayant ce type d'électro-encéphalogramme, la moitié seulement a des crises psychomotrices et quelques-uns aucune manifestation comitiale.

D. JOYEUX-QUERCY.

Recherches sur les limites de l'épilepsie psychomotrice chez l'enfant, par R. LAFON, P. PASSOUANT, J.-L. FAURE et M^{me} HARSAY-BUTTEZ (de Montpellier). (*Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, novembre-décembre 1954).

Les auteurs énumèrent les formes cliniques suivantes : 1° l'automatisme psychomoteur strict ; soit des crises psychomotrices typiques à forme d'automatisme psychomoteur isolé, soit des crises épileptiques comportant un élément psychomoteur ; 2° des manifestations psychomotrices au sens large ; là des manifestations paroxystiques peuvent comporter des troubles du caractère, parfois même des crises hystériques, des troubles de la conscience et du sommeil ; quant à l'état mental de fond, il comporte des troubles caractériels avec, parfois, un comportement schizoïde, des troubles du sommeil (agité) et de la conscience, et des perturbations du fonctionnement intellectuel. Plusieurs observations illustrent cet exposé.

Dans les tracés électriques : intrication fréquente d'anomalies de types différents et variations chez un même sujet ; il s'ensuit une classification de valeur toute relative, où l'on remarque la rareté des tracés typiquement temporaux et la variété des expressions électriques. Enfin, on ne trouve pas de corrélation électro-clinique idéale. Pour faire le diagnostic d'épilepsie psychomotrice, il faut utiliser la clinique, les tests mentaux (cubes de Khos, figures de Bender et Rey, Rorschach), l'électro-encéphalogramme, enfin l'épreuve thérapeutique : phénacétylurée, plus calcium.

D. JOYEUX-QUERCY.

Manifestations psychomotrices au cours d'une épilepsie « Petit Mal », par R. FAU (de Grenoble). (*Revue de neuro-psychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance*, novembre-décembre 1954).

Observation d'une fillette de 10 ans présentant, depuis l'âge de 3 ans, un syndrome de « Petit Mal » et qui a fait un équivalent psychomoteur d'une durée de 8 heures. Electro-encéphalogramme de « Petit Mal », développement psychomoteur normal, pas de troubles du caractère.

D. JOYEUX-QUERCY.

Sur la psychopathologie de l'anorexie mentale (Zur Psychopathologie der Pubertäts nagerschut), par K. WALTER (de Gessen). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, 3^e volume, n° 2, juin 1953, p. 101-110).

L'auteur étudie quelques problèmes posés par la maigreur pubertaire (anorexie mentale), envisageant particulièrement la personnalité prémorbide (troubles de développement, signes d'infantilisme, réactions de protestation ou d'opposition), les modifications psychiques processuelles (perte de l'appétit, perturbations de l'affectivité, insomnie, troubles de l'humeur, situations de conflit). L'étiologie, les diverses conceptions proposées sont rappelées.

V.-J. DURAND.

Problèmes psychologiques de la puberté, par M. IGERT (de Casablanca). (*Maroc médical*, 32^e année, n° 338, juillet 1953, p. 673-677).

Définissant les caractéristiques de l'adolescence normale, « crise à la fois physique, intellectuelle et morale », indiquant les modalités de la « crise d'originalité juvénile », les problèmes qui se posent à l'adolescent pour une bonne insertion dans la société, l'auteur étudie plus spécialement ensuite les conditions locales observées au Maroc. Elles concernent les questions sexuelles, le choix de la profession, l'adaptation sociale. De grands dangers psychologiques sont menaçants si cette période, où le narcissisme est si fréquent, est l'objet d'erreurs éducatives. La conduite à tenir, en particulier pour les parents, est souvent très difficile à choisir convenablement. L'auteur conclut : « La règle majeure devant les problèmes de cet âge est la souplesse, la discrétion, la sympathie. Toute intervention directe risque d'être intempestive et inutilement blessante. »

V.-J. DURAND.

La psychologie appliquée et l'adolescence, par M. PIROT. (*Maroc médical*, 32^e année, n° 338, juillet 1953, p. 678-684).

« L'adolescent est à un âge où l'on se cherche. » C'est dire l'utilité, à cette période de la vie, de la psychologie appliquée qui tente d'apporter une solution au grave problème du choix d'une profession. L'analyse factorielle s'est montrée spécialement valable en ce domaine. Suivant la prédominance de tel ou tel facteur, les métiers à conseiller seront différents. Plusieurs éléments d'appréciation sont d'ailleurs à envisager : niveau mental, aptitudes, caractères, goûts. L'auteur étudie les caractéristiques particulières du choix de la profession telles qu'elles s'observent au Maroc chez les Européens, les musulmans et les israélites.

V.-J. DURAND.

Quelques aspects des névroses de l'adolescence. (Alguns aspectos das neuroses da adolescência), par Victor FONTES. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 112-127).

Epoque critique de la vie, riche de contradictions, de paradoxes, de susceptibilité, d'instabilité affective, l'adolescence constitue un moment de

choix pour l'apparition des névroses. L'auteur, après avoir défini les traits psychologiques essentiels de cette phase du développement humain, caractérise rapidement les éléments principaux des névroses qui s'y observent. Quelques cas personnels sont rapportés. Les problèmes de l'hygiène mentale et du traitement, à base surtout psychothérapique, sont évoqués.

V.-J. DURAND.

Névroses de l'enfance. Point de vue évolutif (Neuroses da infancia. Ponto de vista evolutivo), par João DOS SANTOS. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 95-111).

L'auteur définit les différentes étapes du développement infantile, dans lesquelles il intègre les crises de réaction névrotique infantile comme l'anorexie et les troubles psychomoteurs. Plusieurs facteurs étiologiques peuvent être décrits : évolutifs (concernant le développement, avec crises liées à la maturation des structures), psychogénétiques et somato-génétiques. On peut admettre deux aspects essentiels dans le comportement névrotique : 1) déséquilibre entre les conditions de développement et les exigences ou les insuffisances du milieu ; 2) déséquilibre dans les conditions de l'organisme lui-même par manque d'intégration des fonctions inférieures par les fonctions supérieures. Le traitement doit être varié, éloigné de tout exclusivisme.

V.-J. DURAND.

Nouvelles conceptions sur le développement psychologique de l'enfant. (Neue Anschauungen über die psycho-biologische Entwicklung der Kindes), par A. REPOND. (*Pro infirmis*, Zurich n° 1, 1953-1954, p. 2-12).

L'auteur étudie particulièrement les conséquences néfastes de la séparation de l'enfant et de la mère. Le séjour loin de cette dernière, le manque de soins maternels, entraînent des troubles importants et durables dans le développement physique et psychique. La mortalité elle-même est élevée malgré une hygiène convenable en cas de carence affective.

V.-J. DURAND.

La représentation de l'intérieur du corps par les enfants, par Rosalie MICHEL-HUTMACHER (de Berne). (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 14, n° 1, 1955).

De l'interrogatoire de 111 enfants d'intelligence normale, âgés de 3 à 12 ans 1/2, et de celui de 15 enfants présentant de la débilité mentale, l'auteur dégage trois niveaux des représentations que ces enfants se font de l'intérieur du corps humain. Jusqu'à 7 ans, le corps humain leur apparaît comme un sac rempli d'aliments. De 7 à 9 ans apparaissent des représentations plus différenciées, mais indifférentes aux faits anatomiques. A partir de 10 ans, ces représentations tendent de plus en plus à se conformer à la réalité. La pensée et l'observation semblent, dans ce domaine, en retard de quelques années, la pensée causale remplaçant plus tard qu'ailleurs la pensée naïve téléologique. C'est le caractère et des facteurs émotionnels qui, plus que le développement intellectuel, semblent influencer la connaissance

de l'intérieur du corps. Cela, sauf en cas de débilité mentale accentuée. Le sexe et le milieu ne jouent également ici qu'un rôle assez restreint. Aussi, conclut l'auteur, la connaissance de l'intérieur du corps a-t-elle un caractère affectif marqué ; parce qu'elle est plutôt l'effet d'un refoulement, le manque d'intérêt que les enfants y portent n'est en réalité qu'apparent.

L. R.

Le « Sohn-Aufsatz », procédé auxiliaire de psychodiagnostic, par Jean UNGRICHT (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 14, n° 1, 1955).

Expériences faites depuis dix ans par l'auteur avec une variante du « Sentence-Completion-Test ». Une phrase incomplète : « Le fils se croisa les mains sur le dos et se mit à regarder par la fenêtre dans la nuit... » doit être complétée par le sujet sous forme de composition. Cette composition est destinée à une analyse graphologique, mais aussi à l'évaluation des dons d'expression et à de précieuses données psychologiques. C'est ce dernier aspect qui est traité ici par l'auteur. Il expose comment obtenir certaines conclusions ayant trait au caractère, à l'attitude morale, à l'attitude envers le travail, aux relations familiales, aux événements marquants, à divers traits de la personnalité.

L. R.

Diagnostic étiologique des difficultés scolaires de l'enfant, par Pierre GALIMARD (*Médecine et Laboratoire*, 3^e année, n° 24, mai 1953, p. 121-133).

L'auteur rappelle les différentes étapes du diagnostic étiologique des difficultés scolaires chez l'enfant : examen clinique général, épreuves de laboratoire, recherche des troubles sensoriels, détermination, au moyen des tests, du niveau intellectuel, reconnaissance des troubles dyslexiques (mauvaise identification des sons, mauvaise identification des formes, perturbations de l'expression), exploration affective et caractérielle (enfants instable, absent, anxieux, opposant, passif). Quelques dessins et un fac-simile d'écriture sont reproduits.

V.-J. DURAND.

Le psychiatre devant les difficultés scolaires, par Pierre LUQUET. (*L'évolution psychiatrique*, janvier-mars 1954).

L'auteur expose la genèse de la psychiatrie scolaire dont le terme ne peut se justifier que partiellement. Elle ne peut être qu'une branche de la psychiatrie infantile. Elle ne peut avoir pour but que l'adaptation, car le rôle du psychiatre scolaire est double.

Sont ensuite envisagés trois grands chapitres sur les systèmes actions-réactions : les réactions d'origine sociale et économique, la recherche et l'appréciation des réactions à la famille et les réactions à l'école.

Suit une critique d'une certaine conception du rôle de psychologue scolaire et d'une certaine pratique de la psychiatrie scolaire.

Maurice LECONTE.

La dyslexie spécifique, par KATRINA DE HIRSCH. (*Enfance*, n° 2, 1954).

Dans les statistiques américaines, 10 à 15 % des enfants des écoles ont des difficultés pour lire, et parmi eux trois fois plus de garçons que de filles. L'auteur différencie nettement incapacité de lire et incapacité d'apprendre. Mais la dyslexie spécifique où il y a contradiction entre la lecture, l'orthographe qui sont médiocres, et le raisonnement, les dons intellectuels qui sont satisfaisants, peut entraîner des difficultés à apprendre. Dans presque toutes les dyslexies primitives on trouve des antécédents familiaux (zézaiement, fautes d'orthographe...). Dans les cas de dyslexie grave, le comportement moteur, émotionnel et perceptuel a un aspect particulier ; on trouve quelques difficultés de perception auditive ou visuelle malgré une acuité auditive ou visuelle normale. L'auteur recommande l'examen approfondi de ces enfants : tests nombreux, recherche d'une surdité verbale résiduelle, retard de la parole, dyslalie..., latéralité, recherches sur les antécédents scolaires (quelle fut la méthode utilisée pour apprendre à lire). Beaucoup d'enfants sont des hyperactifs, de nombreux psychiatres américains pensent que la majorité des dyslexies sont d'origine psychogénique ; des travaux ont souligné les aspects psychiatrique, éducatif, neurologique de la question, les électro-encéphalogrammes révèlent une dysrythmie.

Conclusion : ces enfants présentent une immaturité de leur comportement neurophysiologique, moteur, perceptuel et conceptuel.

D. JOYEUX-QUERCY.

Observations sur le transfert perceptif moteur dans l'âge évolutif. (Osservazioni sul trasferimento percettivo motorio nell'età evolutiva), par Giorgio ZUNINI (de Milan). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 3, mai-juin 1953, p. 343-373).

Des enfants de moins de 6 ans, de 6, 8 et 10 ans et des adultes ont été examinés et comparés en ce qui concerne la possibilité du transfert de la réalisation motrice ou de la reconnaissance perceptive par des moyens différents de ceux antérieurement utilisés. Par exemple : dessins d'une figure avec le pied, le coude, la tête, identification d'une lettre grâce aux mouvements nécessaires pour la tracer. Il apparaît que, quand une « forme » a été apprise, elle est susceptible de subir le transfert. Alors que le transfert actif, d'exécution, se réalise immédiatement, même chez le jeune enfant, le transfert passif, de reconnaissance, s'améliore avec l'âge. Bibliographie importante.

V.-J. DURAND.

Les livres d'enfants, leurs poètes et l'inconscient (Kinderbücher, ihre Dichter und das Unbewusste), par A. KIELHOLZ (d'Aarau). *Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène* 33^e année, n° 6, juin 1953, p. 277-301).

Les goûts des enfants pour la lecture ont changé au cours des siècles. Ils varient également d'un pays à l'autre. Pendant longtemps, d'ailleurs, la littérature infantile ne répondait pas aux exigences de la psychologie de l'enfant. Elle correspondait, de la part de l'adulte, à des conceptions erronées. Actuellement, si la compréhension des auteurs d'ouvrages destinés aux

jeunes est plus grande qu'autrefois, on observe, par contre, une crise assez grave dans les penchants pour les romans policiers. L'auteur donne de très nombreuses indications sur la littérature infantile. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Jéunesse et film (Jugend und film), par Robert BOSSARD (de Zurich). (Gesundheit und Wohlfahrt, *Revue suisse d'hygiène*, 33^{me} année, n° 6, juin 1953, p. 307-335).

456 élèves de l'école de commerce cantonale de Zürich, de 15 à 19 ans, ont été interrogés sur leur attitude vis-à-vis du cinématographe. De 15 à 16 ans, 40 % des élèves, de 18 à 19 ans, 80 % vont au cinéma au moins une fois par semaine. Le jugement est généralement sain. La fréquentation ne dépend pas du milieu social. Les genres préférés sont les films d'aventures, les films criminels et d'espionnage, ceux réalisés d'après des drames classiques, enfin les films historiques. La préférence va aux films français (pour leur réalisme et leur analyse psychologique), anglais et américains (ces derniers pour leurs décors et les moyens techniques employés). Les jeunes aimeraient que l'on discute davantage à l'école le problème cinématographique.

V.-J. DURAND.

Aspects médicaux d'une collectivité d'adolescents débiles mentaux, déductions d'ordre thérapeutique, par les Docteurs C. KOHLER et M. ROCHE. (*Enfance*, n° 3, 1954).

Ce travail porte sur 47 débiles de 7 à 10 ans d'âge mental, auxquels on a appliqué une thérapeutique médico-pédagogique pour leur donner une formation professionnelle et les placer. L'auteur étudie leurs antécédents héréditaires, personnels, et leur milieu familial : bien souvent de valeur éducative insuffisante ; il cherche ensuite l'origine de la débilité et trouve un pourcentage très différent de celui des Anglo-Saxons quant au taux des débiles mentaux primaires. Qu'elles soient primitives ou secondaires, il ne trouve pas de différence appréciable entre les débilités. En faisant le Binet-Simon rectifié à un an d'intervalle, il a constaté que les débiles mentaux secondaires comportent l'évolution la plus mauvaise sur le plan mental. Les signes organiques sont très fréquents : signes neurologiques, dystrophies, dysendocrinies, et naturellement existent à une majorité étonnante chez les débiles mentaux secondaires. Après action médico-pédagogique comprenant enseignement scolaire, travaux manuels, routines sociales, traitements médicaux, éducation physique, l'auteur fait le bilan des résultats qui sont encourageants.

D. JOYEUX-QUERCY.

De quelques difficultés d'adaptation rencontrées chez des adolescents orphelins élevés en collectivité, par D. KAHN et D. BAUMANN. (*Enfance*, n° 1, 1954).

Les auteurs ont fait un travail psychologique dans un service aidant des enfants d'israélites déportés à s'intégrer dans la vie. Ces orphelins ont été

placés en maisons d'enfants. Ils y ont trouvé l'absence de souci matériel, prenant alors l'habitude de recevoir tout de la société sans rien lui devoir. Il leur a manqué l'affection : éducateurs changeant fréquemment et insuffisamment préparés. Enfin, à partir de 16, 17 ans, l'adolescent a besoin d'un coin à lui qu'il ne trouve pas dans ces maisons.

A 18 ou 20 ans, on émancipe ces jeunes en leur donnant métier et logement. Mais au moindre heurt, certains ne seront pas capables de lutter et tombent. Quelles en sont les causes ? Ils n'ont pas l'habitude de la solitude, ils ont la liberté mais ne savent pas en user. Ils vont réagir de trois façons : par l'indifférence et l'apathie, par une attitude de fuite, par la révolte.

Que peut-on faire pour eux ? Donner à l'adolescent un appui affectif, trouver un travail adapté ; il faudrait un foyer d'adolescents intermédiaire entre celui d'enfants et la liberté ; enfin il faut leur donner confiance en eux et des raisons de vivre.

D. JOYEUX-QUERCY.

Le rôle de l'école maternelle dans la première éducation, par S. HERBINIÈRE-LEBERT. (*Enfance*, n° 1, 1954).

Pendant les deux premières années de la vie, la présence de la mère est indispensable et irremplaçable ; tant que cela n'est pas réalisable, il faut des crèches et des pouponnières éducatives pour éviter les méfaits de « l'hospitalisme ». Pour la seconde enfance, il faut des établissements de première éducation : l'école maternelle doit être une maison faite pour l'enfant, où tout est à sa taille. Il y dispose des moyens d'expression, des matériaux et des jeux dont il a besoin ; il se trouve au milieu d'enfants de son âge, donc il fait vraiment l'apprentissage de la vie sociale ; il est dirigé par des éducatrices spécialisées, plus objectives que les parents. Mais l'école est aussi utile à ces derniers ; l'éducatrice les aide à comprendre et diriger l'enfant, elle peut dépister plus précocement qu'eux certaines anomalies ; l'école est une détente, à la fois pour l'enfant et pour sa mère, qui leur évite d'être rivaux l'un à l'autre. Vice versa, les éducatrices, grâce aux parents, comprennent mieux chaque enfant et évitent la routine. L'éducatrice sera l'intermédiaire entre les parents d'une part, le pédiatre et le psychologue d'autre part, pour les cas difficiles. Pour que ce programme se réalise, il faut, d'une part, des éducatrices sélectionnées et bien préparées ; d'autre part, connaître les meilleures conditions d'adaptation de l'enfant à l'école ; pour cela, un vaste programme de recherches doit être appliqué. Pour le moment, une enquête a été menée, sous la direction de R. Zazzo, par Mme Jullien sur la recherche des critères d'inadaptation scolaire chez les petits de 3 à 5 ans, dans une école maternelle ; elle se poursuivra auprès d'enfants de 5 à 6 ans.

D. JOYEUX-QUERCY.

La rééducation psychomotrice en Institut médico-pédagogique, par P. MAZO. (*Enfance*, n° 1, 1954).

Cette étude porte sur des enfants présentant des troubles moteurs en rapport avec l'affectivité et le comportement du sujet. Le traitement s'organise sous forme de séances d'exercices divers, individuels ou collectifs, mais pas plus de cinq par groupe. On agit sur le tonus... on cherche à maîtriser la

commande motrice... on agit sur l'adaptation temporo-spatiale... L'auteur donne comme exemple une série d'exercices pris dans une leçon-type. Les résultats sont certains en ce qui concerne les améliorations motrices, variables quant au psychisme, comportement....

D. JOYEUX-QUERCY.

La pédagogie rééducative dans l'avenir (Heilpädagogik in der Zukunft), par H. HANSELMANN (d'Ascona). (*Acta psychotherapeutica, psychosomatica et ortopædagogica*, vol. 1, n° 1 1953, p. 3-12).

Les tâches essentielles de la pédagogie rééducative dans l'avenir sont : l'assistance planifiée des adultes anormaux, le dépistage et le traitement précoce, préscolaire, des enfants retardés, la création d'institutions spécialisées pour enfants difficiles, inéducables, la collaboration plus étroite de la pédopsychiatrie et de la pédagogie rééducative, le perfectionnement des spécialistes, la création d'un périodique international, la réunion de congrès, la fondation de chaires universitaires et d'organismes publics et privés.

V.-J. DURAND.

PSYCHOLOGIE

Sur le problème de la conscience. (Zum problem des Gewissens), par Igor A. CARUSO. (Extrait de 18 pages de *Jahrbuch für Psychologie und Psychotherapie*, Würzburg, 1953, n° 2).

Le problème de la conscience est un des principaux problèmes de la pensée moderne. Montrant les dangers, à la fois d'un déterminisme excessif et d'un indéterminisme exagéré, l'auteur étudie les rapports de la détermination et de la motivation, le problème du libre arbitre. La motivation est envisagée comme détermination, comme forme nouvelle d'existence, comme jugement de valeur. Puis sont considérés les relations de la conscience avec le sur-moi et les archétypes, le ça, le « Tu », la fixation à l'absolu, les névroses vues comme voix de la conscience. Quelques exemples cliniques sont rapportés.

V.-J. DURAND.

L'élaboration perceptive chez les non intelligents. (La elaboración perceptiva en los no inteligentes), par G. BOISSON (de Mimizan). (*Revista de psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 7, nos 22-23-24, 1952, p. 217-236).

L'auteur rapporte les résultats du test de Rorschach obtenus chez 100 jeunes marins d'une vingtaine d'années, présentant un niveau intellectuel inférieur à la normale, sans perturbation caractérielle. Sur différents points, les données diffèrent de celles obtenues par d'autres auteurs. Dans les cas actuels apparaissent une incapacité fondamentale à élaborer des créations personnelles originales et une pauvreté des phénomènes d'élaboration. L'auteur rapproche ces constatations de la conception de l'élaboration perceptive exposées par Burstin dans les *Annales médico-psychologiques*.

V.-J. DURAND.

Etats dépressifs et organisation perceptive (Estados depresivos y organizacion perceptiva), par Humberto RONDONO. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 16, n° 2, juin 1953, p. 145-158).

L'auteur a étudié chez dix mélancoliques les perceptions d'expressions faciales de stimulus, les uns ambigus, les autres structurés. Il a observé : 1) une projection de l'état affectif dominant de tristesse, d'angoisse et d'agressivité en cas de stimulus ambigus (photographies de visages effacés) et d'autres plus définis (photographies plus nettes) exprimant, en réalité, une attitude conventionnelle d'arrogance ; 2) une fixation des réponses fausses malgré les données ultérieures de plus en plus distinctes et précises. Cela permet de conclure qu'il existe des phénomènes évidents d'autisme dans la perception d'expressions faciales chez les mélancoliques.

V.-J. DURAND.

La fonction de la perception de l'aviateur, par L. HORNSTRA. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 14, n° 1, 1955).

L'auteur, chef du service psychologique des lignes aériennes royales néerlandaises, après avoir défini la fonction de perception, caractérisé la perception de l'aviateur, étudie le rôle des influences affectives sur la perception de l'aviateur et leurs conséquences. Il souligne l'importance de l'acte moteur dans la perception générale, en particulier dans la perception visuelle, et montre comment se fait l'évolution perceptive.

Dans les situations spécifiques de vol, la synthèse perceptive est caractérisée par l'obligation de se constituer à partir de la perception d'instruments. Synthèse très complexe mais qui, comme nos perceptions ordinaires, peut être automatisée ; c'est dans la capacité à réaliser cette automatisation que réside avant tout l'aptitude de l'aviateur. Les facteurs affectifs peuvent, ou bien faciliter ce processus, ou bien le rendre plus lent, plus difficile, devenant ainsi la cause principale d'accidents d'aviation, surtout lors de l'atterrissage. La prestation essentielle de l'aviateur est la synthèse des images perceptives et, le plus souvent, la cause de la diminution de cette prestation doit être cherchée dans la vie affective.

L. R.

Induction et intuition, par Alf NYMAN (de Lund). (*Theoria. A Swedish Journal of Philosophy and Psychology*, vol. 19, nos 1-2, 1953, p. 21-41).

Certains ont minimisé la valeur et le rôle de l'intuition. L'auteur s'attache à montrer son importance. L'acte intuitif peut maintenir en une seule vue d'ensemble un plus grand nombre d'éléments que ne le fait l'intelligence analytique et discursive. Il réussit à trouver plus sûrement des relations, des rapports entre ces éléments. Alors qu'au premier abord, semble exister une tension entre les concepts d'induction et d'intuition, c'est en réalité sous le signe de la coopération et de l'entraide que sont à envisager ces deux notions.

V.-J. DURAND.

Affect et désir. (Afecto et desejo), par Pedro POLONIO. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 64-76).

L'auteur rappelle les principes de la psychologie systématique des affects de Spinoza. Il montre la valeur de la description des tendances, des désirs, des affects par ce philosophe. Mais il faut connaître les insuffisances de ses conceptions. Une application est faite au développement psychologique de l'enfant, ce qui amène à préciser les notions de répression, surcompensation, substitution et déplacement, sublimation, rationalisation, projection, fixation et régression, dissociation, identification.

V.-J. DURAND.

Sur la participation proprioceptive dans l'édification de la personnalité. (Über den propriozeptiven Anteil in dem Aufbau der Persönlichkeit), par D. T. DIMITRIJEVIC (de Sarajevo). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, 3^{me} vol. n° 3, septembre 1953, p. 147-157).

A côté du système intéroceptif, le système proprioceptif joue un rôle important dans l'édification de la personnalité. Tout ce qu'on comprend sous le titre d'endogène et de constitutionnel dans la description de la personnalité répond à une double origine biologique, à la fois proprio- et intéroceptive. La connaissance de la première origine permet une meilleure compréhension des composantes énergétiques et des manifestations caractérologiques. C'est ce que montre l'auteur, qui s'appuie sur des travaux récents de physiologie nerveuse, y compris ceux consécutifs à la leucotomie et à l'électro-encéphalographie.

V.-J. DURAND.

L'exploration de la personnalité avec la méthode de Rorschach. (La exploracion de la personalidad con la metodo de Rorschach), par Jose SALAS (de Gijón). (*Revista de psicologia general y aplicada*, Madrid, vol. 7, n°s 22-23-24, 1952, p. 237-259).

L'auteur décrit les modalités des réponses au test de Rorschach, étudiant la valeur de chaque caractéristique pour la connaissance de la personnalité du sujet. Il se base sur les travaux de Rorschach lui-même, sur les conclusions de divers auteurs, ainsi que sur ses observations personnelles. A titre d'exemple est rapporté un cas analysé par Rorschach, puis par Schneider.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'interprétation formelle du Thematic Apperception Test (T. A. T.), par E. STERN. (*Archives internationales de neurologie*, 72^e année, n° 3, mars 1953, p. 53-64 et n° 4, avril 1953, p. 73-86).

Moins riche en éléments formels que le Rorschach, le test de Murray donne plus de renseignements sur les contenus de la conscience et de l'inconscient, sur les expériences concrètes, les attitudes du sujet envers la vie et les autres. On peut faire cependant des interprétations formelles du Thematic Apperception Test, permettant d'obtenir des renseignements précieux sur la structure de la personnalité et les conceptions du sujet sur différents

problèmes. L'auteur donne différents exemples : interprétations globales ou de détail, réponses banales ou originales, refus d'une ou de plusieurs planches. Le T.A.T. complète le test de Rorschach en apportant des précisions sur le contenu des conflits, l'histoire du sujet et son évolution.

V.-J. DURAND.

Le problème de l'homme d'élite dans l'éclairage psychologico-psychiatrique. (Das Problem der Elite-Menschen in psychologisch psychiatrischen Beleuchtung), par Hans NÄGELI (de Zurich). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 33^e année, n° 10, octobre 1953, p. 485-490).

La qualité essentielle de l'homme d'élite est l'énergie si caractéristique du personnage de Faust. Audace pour s'engager dans des voies nouvelles, désintéressement, esprit inventif, courage, sont parmi ses traits essentiels. C'est quand elle se dépense dans des combats intérieurs contre les forces ténébreuses menaçant son âme que l'énergie de l'homme d'élite est la plus méconnue. Goethe a voulu représenter cette lutte dans *Faust*. Une telle lutte crée l'élite spirituelle, encore plus importante que l'élite intellectuelle. L'essentiel de l'élite demeure une ouverture totale à tout courant nouveau, une capacité de stimulation avec conservation d'un esprit critique éveillé, condition principale de l'enrichissement intérieur.

V.-J. DURAND.

Recherches littéraires de diagnostic de style avec le quotient d'action (Stildiagnostische Literaturuntersuchungen mit dem Aktionsquotienten), par Friederike ANTOSCH (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 3, n° 2, juin 1953, p. 65-73).

Le quotient d'action (rapport entre le nombre des verbes et celui des adjectifs qualificatifs dans un fragment d'écrit) dépend du style de l'auteur, de la forme (prose ou vers), du genre (drame, compositions théoriques, épiques), de l'existence ou non de monologues, de dialogues, de l'âge des personnages et de celui de l'auteur, de leur culture. Des exemples sont pris chez Goethe, Grillparzer, Anzengrüber. En général, les épisodes dramatiques comportent les valeurs les plus élevées du quotient d'action.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude de l'habileté manuelle, par Marco CAPOL et LÉON WALTHER (de Fribourg, Suisse). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 4, juillet-août 1953, p. 489-517).

Les auteurs recherchent la valeur de la batterie de tests de Walther de l'habileté manuelle, comprenant : épreuve des disques, test de pointillage de Binet et Vaschide, test de tapping, découpage, enfilage de perles sur un fil. Ce procédé n'est efficace que s'il est appliqué, évalué et interprété correctement. La situation du test, son application, ainsi que ses résultats, sont décrits. Les expériences en cours dans plusieurs industries de production en série et l'interprétation scientifique des nouvelles séries d'expériences et de leur contrôle justifient la validité des présentes constatations. Nombreux tableaux.

V.-J. DURAND.

Phases de productivité humaine. (Phasen der menschlichen Produktivität), par E. MENNINGER-LERCHENTHAL (de Vienne). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 3, n° 3, septembre 1953, p. 121-128).

Certains artistes, certains créateurs, après une période de grande activité et d'abondante productivité, ont connu de longues phases stériles. L'auteur étudie le cas de Rossini qui, depuis 37 ans, n'écrit plus que le « Stabat Mater », de Nijinsky, malade à partir de 29 ans après une carrière éblouissante ; de Verdi, qui compose pendant 32 ans, ne produit plus pendant 16 ans, puis reprend son activité à un âge avancé. D'autres cas sont signalés, parmi les travailleurs scientifiques. On peut parfois penser aux oscillations de la cyclothymie. Pour Nijinsky, c'est un processus schizophrénique qui est intervenu, arrêtant la vie artistique.

V.-J. DURAND.

Nouvelle voie de la psychologie : la logothérapie (Neue Wege der Psychologie : Logotherapie), par E. HERZKA (de Zurich). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue suisse d'hygiène*, 33^e année, n° 10, octobre 1953, p. 518-520).

La psychologie actuelle est encore trop fortement marquée par l'esprit scientifique du XIX^e siècle. Il faut amener l'homme à réfléchir sur lui-même, à comprendre le sens de son existence. La logothérapie, fondée par Victor-E. Frankl, à Vienne, a pour une de ses tâches principales de faire prendre à l'homme conscience de sa responsabilité. La vie humaine n'a pas pour but le plaisir, mais l'effort pour découvrir son sens. D'où le rôle essentiel de la conscience. La logothérapie admettant la responsabilité, admet la liberté, reconnaît un monde des valeurs et veut aider le malade à le retrouver. C'est vraiment la médecine orientée vers la religion.

V.-J. DURAND.

Position et mission du médecin dans la société d'aujourd'hui. (Stellung und Sendung des Arztes in der heutigen Gesellschaft), par Bernhard LANG (de Langenthal). (*Gesundheit und Wohlfahrt, Revue Suisse d'Hygiène*, 33^e année, n° 5, mai 1953, p. 256-266).

Il est important que le médecin puisse s'occuper de philosophie. Celle-ci permet, dans l'exercice professionnel, de méditer utilement sur la place et le rôle du médecin. Celui-ci est l'aide et le guide de son malade. Il ne faut pas que l'organisation hospitalière et la technique l'enlèvent de cette position. La médecine de laboratoire, certaines méthodes de diagnostic, provoquent une schématisation et une dépersonnalisation du médecin et des relations entre ce dernier et son malade. Il faut envisager l'organisation médicale du point de vue psychosomatique et non plus seulement du point de vue somatique.

V.-J. DURAND.

PSYCHANALYSE

Psychanalyse et médecine, par J. LHERMITTE (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 30 novembre 1950)

Pour Freud, la connaissance de la médecine n'est pas nécessaire pour pratiquer l'analyse et elle est même plutôt un obstacle, car l'analyste ne s'occupe pas du corps, mais de l'esprit, c'est-à-dire de deux territoires différents. En réalité, l'esprit influence le corps, et le corps agit sur les fonctions les plus psychologiques : un analyste pur ne peut donc qu'être très imparfaitement averti des désordres de la sphère somatique et ne se rend pas compte que telle névrose qu'il traite est conditionnée ou compliquée par des désordres de la sphère somatique. Une psychanalyse confiée à de purs psychologues dépourvus de savoir médical inspire les craintes les plus légitimes. Il n'y a pas réellement de maladies somatiques pures sans retentissement sur la sphère morale, et la construction d'une psychothérapie dépouillée de tout contexte organique n'est qu'une illusion singulièrement dangereuse. La psychanalyse ne peut être légitimement mise en œuvre que par un médecin diplômé.

L. R.

Le pré-inconscient et la psychologie amoureuse, par B.-J. LOGRE. (*Revue française de psychanalyse*, octobre-décembre 1953).

Le pré-inconscient ne se confond pas avec l'inconscient physiologique, ni avec l'archétype du Yung.

Appréciant le travail de Marie Bonaparte sur les trois personnages symboliques, Chronos, Eros et Thanatos, l'auteur souligne l'existence de trois processus, à des niveaux plus ou moins élevés de l'évolution somato-psychique : 1° au niveau supérieur le passage à l'absolu ; 2° au niveau moyen (qui va du physiologique au psychologique), le processus de l'émergence ; 3° au niveau inférieur, le pré-inconscient, étape lumineuse, de même que Freud a distingué entre l'inconscient et le conscient, le préconscient.

Maurice LECONTE.

Etude des phantasmes chez l'enfant, par S. LEBOVICI et R. DIATKINE. (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1954).

Dans cet article, clair et nourri, suivi d'une bibliographie, les auteurs étudient successivement l'histoire de la question, avant et après Freud, et les faits cliniques avec, en annexe, le protocole des premières séances psychanalytiques d'un enfant de 4 ans (cas Carole).

La définition des phantasmes (phantasme inconscient et fantaisie consciente) précède l'étude de leur genèse et les hypothèses que celle-ci soulève chez les auteurs. Ils estiment d'ailleurs que lorsqu'on parle du phantasme de l'enfant, on ne distingue pas suffisamment les fantaisies hallucinées et ces phantasmes inconscients ; de même, on ne tient pas compte du fait que les productions spontanées de l'enfant sont une activité conditionnée par la situation thérapeutique dont les phantasmes inconscients sont comme le contenu latent. La distance est peut-être grande entre le phantasme élaboré au cours

des interprétations élaboratives et le passé vécu au cours des expériences primaires. Il faut tenir compte que la situation analytique est une situation nouvelle permettant un dépassement des expériences vécues. On doit se rappeler que l'interprétation qui contribue à l'élaboration du phantasme met le Moi en présence des contenus inconscients.

Cette confrontation est un instrument thérapeutique essentiel, à condition d'apprécier justement ce que le Moi du sujet est capable de supporter et d'appréhender.

Maurice LECONTE.

Réalisation concrète d'une imagerie de rêve chez un malade présentant un délire mystique, par H. FAURE. (*L'évolution psychiatrique*, janvier-mars 1954).

Observation d'un délirant mystique de 40 ans, alcoolique, où échouaient traitements de chocs, thérapeutique de groupe et même activité singulière plastique en l'occurrence, qui exprima en différents monuments de maçonnerie accomplis au sein de l'hôpital psychiatrique, et dans lesquels se montrent certaines productions spontanées dont l'agencement renvoie à la structure même de l'imagerie du rêve. Chaque monument évoque sa tranche de rêve avec ses caractéristiques : symbolisation, dramatisation, déplacement, condensation, etc... Les bâtiments sont représentés par une photographie et analysés dans leurs rapports avec les caractères du rêve.

L'auteur conteste qu'il faille craindre que ces productions n'enracinent le délire et voit chez ce malade, qui s'oriente vers des idées de grandeur, un mécanisme d'auto-guérison, car... « tout gardien de musée, écrit-il, ne se conduit-il pas un peu, lorsqu'il considère certains vestiges dont il a la garde, comme s'il avait été l'explorateur qui les a découverts, ou le naturaliste qui les a capturés ».

Maurice LECONTE.

Note clinique sur un état d'anxiété après blessure de guerre, par Y. ROUMAJON. (*Revue française de psychanalyse*, octobre-décembre 1953).

Histoire d'un combattant d'Indochine atteint, à la suite d'un massacre, de peur retardée, qu'il combat par un phantasme de compensation.

Cette observation fournit un élément d'observation quant aux liens entre l'agressivité et la peur, et met en lumière le mécanisme d'identification à l'agresseur, d'Anna Freud.

Maurice LECONTE.

La base instinctuelle de l'érotisme anal (The instinctual basis of anal erotism), par Donald BUCKLE (de Melbourne). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 26, nos 3 et 4, 1953, p. 289-294).

Rappelant les travaux de Freud sur la question de l'érotisme anal et ses corrélations psycho-pathologiques, étudiées particulièrement par Jones, l'auteur montre l'évolution des conceptions psychanalytiques correspondantes. Si celles de Freud reflétaient l'état de la biologie à l'époque de leur formation, les derniers développements des sciences de la vie humaine et ani-

male doivent entraîner une transformation parallèle des théories relatives au fondement instinctuel de l'érotisme anal.

V.-J. DURAND.

Notes sur la « réification » de la sexualité, par Igor A. CARUSO. (12 pages, *Psyché*, n° 74, décembre 1952).

La réification (*Verdinglichung*) est un terme inconcevable en dehors de la pensée dialectique, qu'elle soit marxiste, existentialiste ou simplement phénoménologique. Elle apparaît comme la conséquence d'une dépréciation des valeurs de l'existence. Phénoménologiquement, les troubles psychiques liés à la sexualité humaine peuvent se caractériser par la réification de la sexualité. Il y a valorisation inadéquate d'une attitude de vie dépassée, d'où idolâtrie. Cette réification est liée à l'absolutisation de valeurs relatives, à la création de valeurs fétiches.

V.-J. DURAND.

La signification du masochisme. (The meaning of masochism), par Irving BIEBER (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 7, n° 3, juillet 1953, p. 433-448).

Le masochisme peut être défini comme un état où les actes et les attitudes sont, consciemment ou non, orientés vers la provocation de la douleur ou la réalisation de situations destructives du sujet et de ses intérêts. Il constitue une fonction d'adaptation, de défense. Ce n'est pas un instinct, car il disparaît avec la dissolution des craintes névrotiques.

V.-J. DURAND.

Répercussions du sevrage précoce sur les tableaux d'un peintre moderne, par N. N. DRACOULIDÈS (d'Athènes). (*Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica*, Bâle, vol. 1, n° 1, 1953, p. 23-33).

L'auteur décrit une série de tableaux d'un peintre grec contemporain. Il les divise en cinq groupes d'après les thèmes psychologiques exprimés : attachement à une mère œdipienne, fixation orale, sadisme vindicatif, auto-érotisme narcissique, attachement à une mère idéale. L'analyse met en valeur le problème de la frustration (sevrage précoce) et celui de la fixation orale. Quatre tableaux sont reproduits.

V.-J. DURAND.

Problèmes généraux des névroses. Analyse convergente. (Problemas gerais das neuroses. Análise convergente), par Barahona FERNANDES. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 13-38).

Après avoir montré les éléments essentiels du problème des névroses, l'auteur retrace l'évolution historique de la question. Il insiste sur la conception de l'analyse convergente. La névrose se produit par l'interaction d'événements psychiques et psycho-sociaux chez des personnalités spéciales et à certaines phases du rythme vital et de l'état organique. On observe alors le développement d'un conflit psychique, avec troubles de l'attitude du moi vis-à-vis des problèmes personnels et du monde. Les traitements médicaux

s'adressent au fond perturbé de la réaction ; mais il faut y associer la psychothérapie et le traitement de la personnalité.

V.-J. DURAND.

De l'aspect psychosomatique des névroses, par R. LAFORGUE (de Casablanca). (*Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica*, Bâle, vol. 1, n° 1, 1953, p. 49-56).

Une situation familiale conditionnant un conflit avec le super-égo peut, dans certains cas, se traduire par les signes de la maladie de Reichmann, de l'ulcus gastrique ou duodénal, de l'occlusion intestinale spasmodique. Il paraît possible d'envisager parfois la tuberculose pulmonaire sous cet angle.

V.-J. DURAND.

Quelques aspects de la psychanalyse de la schizophrénie. (Alguns aspectos da psicanalise da esquizofrenia), par Darcy M. UCHOA, (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. II, n° 2, 1953, p. 113-132).

Il est difficile d'établir le contact émotionnel avec le schizophrène à cause des régressions des impulsions et du moi. La libido peut se projeter sur l'analyste, créant des situations ambivalentes pénibles ou violentes. La conception de K. Abraham (fixation et régression à la phase orale) n'explique qu'une partie des phénomènes. Il faut plutôt admettre, avec E. Glover, un niveau général de fixation et de régression correspondant aux premières différenciations du narcissisme primaire. Le psychanalyste doit être prudent, tolérant, objectif. Il doit atteindre la partie saine du moi et la fortifier, ce qui amène la disparition de l'angoisse et l'élimination des objets indûment introjectés. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Psychodynamiques dans les délires et les hallucinations religieux. (Psychodynamics in religious delusions and hallucinations), par Warner L. LOWE (de Denver). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 7, n° 3, juillet 1953, p. 454-462).

De l'étude approfondie de onze cas, l'auteur conclut que les délires religieux, une fois adoptés, jouent un rôle de défense contre l'anxiété et le sentiment d'infériorité. La préoccupation religieuse obsessionnelle et compulsive et les délires sont la conséquence et non la cause de troubles sévères de la personnalité. Ils traduisent une certaine fixation ou une régression à un stade infantile. Ils constituent une manifestation narcissique et substitutive.

V.-J. DURAND.

Psychothérapie et conception du monde, par E. A. D. E. CARP (de Leyde). (*Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica*, Bâle, vol. 1, n° 1, 1953, p. 56-64).

L'auteur montre l'importance jouée par la conception personnelle du monde pour le psychothérapeute et pour le malade névrosé. Il montre les différences de cette conception comme point de départ et comme but des diverses écoles psychanalytiques et psychothérapiques.

V.-J. DURAND.

Quelques questions sur le thème de la psychothérapie profonde. (Alcuni quesiti in tema di psicoterapia profonda), par Carlo PETRO (de Milan). (*Il cervello*, 29^e année, n° 3, 15 mai 1953, p. 201-212).

L'auteur pose trois questions : 1) Est-il nécessaire que le psychiatre, qui pratique des cures psychothérapiques profondes, soit lui-même analysé didactiquement ? 2) Est-il bon, mauvais, ou indifférent, que le psychothérapeute soit médecin ? 3) L'association d'une méthode de traitement psychothérapique profonde avec une autre thérapeutique est-elle contre-indiquée et, d'autre part, si cette dernière thérapeutique s'imposait, devrait-elle ou non être appliquée par le psychothérapeute lui-même ? Exposant et discutant les opinions émises sur ces divers points, l'auteur adopte une position modérée et nuancée.

V.-J. DURAND.

Le symbole dans la psychologie profonde. (Das Symbol in der Tiefenpsychologie), par Igor A. CARUSO. (*Studium generale*, Heidelberg, 6^e année, n° 5, 1953, p. 296-302).

La production symbolique psychique est l'objet essentiel de la psychologie profonde. On comprend sous le nom de symbole un tableau dynamique, un point de rencontre de divers domaines de l'activité psychique et, essentiellement, de l'affectivité et de la pensée. Le symbole reflète les différents éléments de la personnalité totale et les influence en même temps. Dans les troubles psychiques, la production symbolique est perturbée. L'analyse psychologique profonde résout l'obsession symbolique grâce à un rétablissement de la valeur effective du symbole. Il s'agit à la fois d'une psychanalyse réelle et d'une synthèse existentielle.

V.-J. DURAND.

ANATOMIE

Etude histopathologique du système sympathique cervical chez les schizophrènes. (Studio istopatologico del sistema simpatico cervicale in schizofrenici), par D. BOLSI, F. R. GRATTAROLE et D. SCHIFFER (de Turin). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 2, mars-avril 1953, p. 135-144).

Les auteurs ont étudié les ganglions sympathiques cervicaux chez cinq schizophrènes et chez dix malades atteints d'affections organiques extra-cérébrales. Les altérations histopathologiques observées chez les schizophrènes avec, en particulier, augmentation des cellules granulo-métachromatiques, laissent suspecter l'existence d'une souffrance chronique, lentement évolutive, des ganglions sympathiques. Quatre figures.

V.-J. DURAND.

Maladie de Marchiafava-Bignami. Sur la dégénérescence systématique des commissures cérébrales dans l'alcoolisme chronique. (Enfermedad de Marchiafava-Bignami. Sobre la degeneracion sistematica de las comisuras cerebrales en el alcoholismo cronico), par Jacinto Carlos ORLANDO. (*Neuropsiquiatria Buenos Aires*, vol. 3, n° 3-4, décembre 1952, p. 97-142).

A propos de huit observations personnelles, l'auteur fait une soigneuse revue générale de la maladie de Marchiafava-Bignami. L'élément essentiel

est la démyélinisation apparemment primitive de différents secteurs de fibres du corps calleux et de la commissure branche antérieure. On peut accepter comme probable l'action étiologique de l'intoxication prolongée par l'alcool. Chez des éthyliques invétérés, avec atteinte marquée de l'état général et du psychisme, dysarthrie, évolution rapide, association fréquente de signes d'excitation et de démence, on peut suspecter la maladie de Marchiafava-Bignami. Celle-ci peut être considérée comme une affection systématique en raison de ses caractères anatomiques. 21 figures. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Généralités sur l'anatomo-physiologie du diencéphale. (Generalidades sobre a anatomo-fisiologia do diencefalo), par Almeida LIMA. (*Anais portugueses de Psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 39-63).

Malgré la multiplicité des travaux, aux résultats parfois contradictoires d'ailleurs, les connaissances sur l'anatomie et la physiologie du diencéphale sont encore incomplètes. Beaucoup de points demeurent obscurs, soit dans la description des nombreux noyaux et de leurs connexions, soit dans l'étude des fonctions de cette importante région. L'auteur rappelle, de façon très claire, l'essentiel des notions actuelles, montrant la prudence encore nécessaire avant de formuler certaines affirmations.

V.-J. DURAND.

Atrophie lamellaire du cervelet consécutive à une intoxication par l'oxyde de carbone, par Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et M^{me} J. GODET-GUILLAIN. (*Bull. de l'Académie des Sciences*, séance du 14 février 1955).

Observation anatomo-clinique d'atrophie lamellaire du cervelet en rapport avec une intoxication par l'oxyde de carbone, chez un homme travaillant dans une usine de gazogène. Peu de jours après un coma ayant duré 24 heures, est apparu un syndrome cérébelleux très caractéristique (troubles de l'équilibre, dysmétrie, adiadococinésie, dysarthrie), resté inchangé jusqu'à la mort du malade, un an plus tard, à la suite d'une maladie ganglionnaire à évolution rapide.

L'examen anatomo-pathologique de tout le névraxe ne montra pas les lésions pallidales massives si fréquentes dans les intoxications oxycarbonées, mais seulement des lésions diffuses mineures du cortex et du corps strié. Par contre, les auteurs ont constaté une atteinte prédominante du cervelet caractérisée par une dégénérescence massive des cellules de Purkinje et, à un moindre degré, des grains. A l'inverse des atrophies cérébelleuses hérédodégénératives, ces lésions n'ont entraîné aucun retentissement appréciable sur les formations myéliniques et les divers centres du rhombencéphale. Une atteinte des noyaux dentelés apparaît en relation étroite avec la dégénérescence systématique des cellules de Purkinje.

L. R.

Trois cas d'anomalie de la charnière cranio-rachidienne, par J. DE COSTER (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, décembre 1954).

De ces trois cas, le premier est à symptomatologie de syringomyélie, le deuxième donne l'impression d'une compression médullaire haute, le troi-

sième s'accompagne de quadriplégie spasmodique avec signes cérébelleux et céphalée.

Dans cette région, les malformations osseuses observées peuvent consister en impression basilaire, assimilation de l'atlas, déformations du trou occipital, malformations de l'axis, spina-bifida et syndrome de Klippel-Feil. Les malformations nerveuses sont la malformation d'Arnold-Chiari, l'hydro-myélie et la syringomyélie.

L'auteur souligne le polymorphisme des symptômes cliniques et l'utilité de l'examen radiographique pour préciser le diagnostic. Traitement chirurgical (hypertension intracrânienne, signes de compression bulbaire, malformation d'Arnold-Chiari). Radiothérapie dans les cas à symptomatologie syringomyélique. Dix figures.

L. R.

BIOLOGIE

La pensée artificielle, par Paul CHAUCHARD. (*La Presse médicale*, 61, n° 62, 3 octobre 1953, p. 1263).

L'auteur fait une étude critique du récent ouvrage de P. de Latil, « Introduction à la cybernétique. La pensée artificielle » (Gallimard, 1953). Il montre avec lui le danger d'identifier les mécanismes permettant un comportement analogue chez l'être vivant et dans la machine. Mais il reproche à P. de Latil de « trop oublier la différence qui séparera toujours (les machines) de l'homme et même de l'animal ». Il est d'accord avec lui pour mettre en valeur l'importance de l'apparition de la rétroaction (feed-back), permettant à la machine de se contrôler elle-même. Cette notion de rétroaction se montre riche de possibilités philosophiques avec l'édification d'une logique des effets, d'une critique cybernétique de la notion de cause : « hasard et certitude n'existent que comme limites vers lesquelles tendent, à l'infini, le taux de contingence et le taux de détermination ». De toute façon, la pensée humaine demeure infiniment transcendante par rapport à tous les modèles mécaniques créés par l'homme.

V.-J. DURAND.

La catatonie par bulbocapnine : étude électro-corticographique (La catatonía da bulbocapnina : Studio elettrocorticografico), par L. SINISI et G. TONINI (de Rome). (*Rivista di neurologia* vol. 23, fasc. 3, mai-juin 1953, p. 269-282).

Les auteurs décrivent les résultats de l'étude électro-corticographique de la catatonie expérimentale chez le chien obtenue par la bulbocapnine. La phase hypocinétique semble correspondre à une hyperactivité corticale ; celle, d'hypercinésie, à une activité diencephalique précédant la phase convulsive d'origine plus basse au niveau du tronc cérébral. Il y a une vraie dissolution des fonctions motrices. Reproduction de tracés. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Au sujet de quelques problèmes posés au médecin et au spécialiste par l'électro-encéphalographie, par Jacques FAURE. (*Bulletin de la Société médicale de Pau*, juillet 1953, p. 7-11).

L'application de l'électro-encéphalographie est marquée par certaines difficultés génératrices d'erreurs ; des divergences peuvent apparaître entre l'exploration électrique et la clinique. Cette dernière doit toujours prévaloir. Certains procédés techniques pratiques peuvent permettre de surmonter des difficultés d'interprétation. D'autre part, la connaissance des mécanismes cérébraux générateurs de confusion se fait de plus en plus précise. On peut établir une cartographie et localiser les foyers avec une plus grande exactitude.

V.-J. DURAND.

Sur une nouvelle technique de dérivation basale en électro-encéphalographie (Su di una nuova tecnica di derivazione basale in elettroencefalografia), par R. ZAPPOLI (de Padoue). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 4, juillet-août 1953, p. 504-513).

L'auteur décrit une nouvelle méthode employée par D. Hill au Maudsley Hospital de Londres, pour l'enregistrement des potentiels des structures cérébrales basales. On utilise des électrodes mastoïdiennes, sphénoïdales et pharyngées. Ce procédé est indiqué pour l'étude des altérations électro-encéphalographiques produites par des formes particulières d'épilepsie et par des lésions encéphaliques profondes et basales. Huit figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les bases physio-pathologiques de la vagotonie et sa place dans le traitement de l'ulcère duodénal (87 observations personnelles suivies plus de 4 ans sur 250 vagotomies pratiquées à ce jour), par F. LAGROT et J. GRECO (d'Alger). (*Maroc médical*, 32^e année, n° 340, septembre 1953, p. 857-867).

Les malades atteints d'ulcères duodénaux ont une hypersécrétion acide du suc gastrique ; cette hypersécrétion est la cause des ulcères ; elle est d'origine nerveuse. La clinique, le développement de la médecine psychosomatique, l'expérimentation ont montré le rôle du système nerveux. Tels sont les principaux fondements de l'opération de Dragstedt. Les auteurs rapportent leur statistique personnelle de 250 vagotomies. La vagotomie simple a donné peu de satisfaction : sur 27 cas, 13 résultats excellents, 5 satisfaisants, 6 médiocres, 3 échecs. Ce procédé est donc à rejeter. La vagotomie avec opération de dérivation donne de bons résultats : sur 47 cas, 36 résultats excellents, 4 satisfaisants, 6 médiocres, une récurrence. L'association de la vagotomie et de la gastrectomie est également favorable : 11 résultats excellents et 2 médiocres sur 13. Les indications respectives de la vagotomie et des autres méthodes sont précisées dans l'ulcère gastrique. L'ulcère duodénal, les sténoses ulcéreuses, les formes hémorragiques, les ulcères peptiques, les ulcères sous-cardiaques, enfin les variétés avec état général déficient.

V.-J. DURAND.

Sur les modifications sanguines pendant l'émotion (Recherches faites sur des étudiants en médecine), par A. F. HALMOSH (de Genève). (*L'encéphale*, T. 42, n° 3, 1953, p. 250-273).

Chez des étudiants en médecine, le nombre des leucocytes a été recherché avant et immédiatement après des examens de faculté. Les variations ont pu atteindre 140 %. Une augmentation du nombre des leucocytes peut être déterminée par une intensification de l'émotion au cours des épreuves, une diminution par la satisfaction du succès. Une réserve est nécessaire : si les valeurs initiales sont élevées, la loi de Wilder s'applique (une stimulation excitatrice sur un organe en état d'excitation produit une inhibition). Des recherches ont été faites sur les modifications des électrolytes du sang (glucose, protides, chlore, sodium, potassium) et quelques explorations par le Z-test de Zulliger, ne permettant pas encore de conclusions valables. Tableaux des données numériques. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Technique pratique de séro-diagnostic en série de la syphilis par déviation du complément, par P. GEUSKENS, P. NÉLIS et A. LAFONTAINE. (*Archives belge de médecine sociale, hygiène, médecine du travail, médecine légale*, octobre 1954).

Les auteurs associent trois méthodes : réaction de fixation du complément, variante de la réaction de Bordet-Wassermann avec deux antigènes (Bordet-Ruelens, Pangborn) ; réaction de macro-floculation de Kahn ou test-contrôle de Kahn ; réaction de micro-floculation (Kline-Desbains). Les auteurs insistent sur des détails de réalisation qui permettent, sans trop de temps, sans opérations compliquées, d'obtenir une réaction spécifique particulièrement indiquée pour le dépistage prophylactique.

La combinaison de ces trois techniques permettrait d'approcher de 100 % de positivité certaine.

L. R.

Le stress et la toxicité du sérum des schizophréniques, par André PLICHET. (*La Presse médicale*, 6 février 1954).

Après Roland Fisher (*Science*, 9 octobre 1953), M. André Plichet attire l'attention sur l'existence d'un phénomène à la fois physiopathologique et psychopathologique, se présentant d'une façon similaire dans les états schizophréniques et pendant certains stades du syndrome général d'adaptation de Selye.

M. Roland Fisher a recherché si un facteur humoral ou un métabolisme toxique pouvait être responsable de la présence ou de la cessation d'un processus schizophrénique. Ces recherches ont montré que la toxicité du sérum des schizophrènes (graduellement diminuée en cas de rémission des troubles mentaux ou de succès thérapeutique), disparaît après chauffage à 56° pendant trente minutes, alors que la toxicité des urines se maintient même après que celles-ci ont été portées à l'ébullition. Mais, la différence de toxicité entre sérum de gens normaux et sérum de schizophrènes devient insignifiante les jours où se produit un brusque changement de température en chaud ou en froid. Ce phénomène est ici rapporté au stress qui

se produit à cette occasion. Il semble, conclut M. R. Fisher, qu'un mécanisme régulateur intervienne dans ces changements de toxicité.

L. R.

Coagulabilité sanguine et accidents vasculaires cérébraux. (Considérations pathogéniques et thérapeutiques), par D. MAHOUEAU, S. DAUM et J. DUBRISAY (de Paris). (*La Presse médicale*, 20 février 1954).

Une étude de la coagulabilité du sang dans 89 cas d'accidents vasculaires cérébraux en a montré des variations importantes : hypercoagulabilité relativement fréquente le premier jour dans les accidents thrombo-emboliques, disparition fréquente de cette hypercoagulabilité dès le deuxième ou troisième jour dans tous les cas (tendance à une hypocoagulabilité réactionnelle éphémère dans les embolies cérébrales et, au contraire, durables dans les cas de thrombose).

Ces variations de coagulabilité, parfois à l'origine de l'accident vasculaire cérébral, interviennent peut-être encore plus souvent dans les modalités évolutives de la maladie. L'hypocoagulabilité secondaire peut expliquer dans certains cas la transformation d'un ramollissement simple, d'une ischémie transitoire ou même d'un œdème cérébral en un ramollissement hémorragique.

Les constatations des auteurs imposent une grande prudence dans l'emploi des anticoagulants, qui paraissent justifiés dans les embolies cérébrales. Les thromboses cérébrales, s'accompagnant d'hypocoagulabilité dûment démontrée et durable, sembleraient au contraire justiciables d'un traitement coagulant. Mais de tels traitements par des produits modificateurs de la coagulabilité sanguine ne peuvent se passer d'examens de laboratoire répétés, examens de technique délicate, ce qui en restreint encore actuellement les indications dans les accidents vasculaires cérébraux.

L. R.

Activité lysozymique du liquide céphalo-rachidien dans les conditions normales et pathologiques. (Attività lisozimica del liquido cefalo-rachidiano in condizioni normali e patologiche), par Adriano POGGIOLI (de Pise). (*Rassegna di neuropsychiatria*, vol. 7, nos 3-4, mars-juin 1953, p. 81-96).

L'auteur, d'après ses recherches sur l'activité lysozymique du liquide céphalo-rachidien, a observé, comme d'autres chercheurs, que la lysozyme, trouvée seulement dans les liquides pathologiques, représente un produit d'importation. Elle provient alors des protéines sériques, comme dans le cas de liquide avec dissociation albumino-cytologique ou est amenée par les globules blancs (spécialement les polynucléaires), comme pour les liquides purulents. Le liquide céphalo-rachidien normal est dépourvu de toute activité lysozymique. Neuf graphiques.

V.-J. DURAND.

Application des méthodes immuno-chimiques au dosage des gamma-globulines du liquide céphalo-rachidien, par P. BURTIN et J.-J. POCIDALO. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance de 29 mars 1954).

Méthode de dosage des gamma-globulines dans le liquide céphalo-rachidien, qui repose sur des bases immuno-chimiques. Elle nécessite l'obtention

d'immun-sérum de lapin préparé avec des gamma-globulines pures et étalonnées au préalable. Le taux des gamma-globulines est déterminé, évaluant par opacimétrie ou néphélémétrie la quantité de précipité obtenue en mélangeant à l'immun-sérum le liquide céphalo-rachidien à étudier. Dans cette réaction, le liquide céphalo-rachidien représente la source d'antigène qu'on ajoute aux anticorps amenés par l'immun-sérum.

Les taux obtenus sont : de 20 à 40 γ par centimètre cube chez les sujets normaux ; de 40 à 50 γ , paraissant représenter des valeurs-limites ; au delà de 50 γ par centimètre cube, le liquide céphalo-rachidien est anormal.

L'intérêt principal de la méthode semble concerner les liquides céphalo-rachidiens subnormaux d'après les méthodes classiques de détermination de la protéinorachie ; elle donne des renseignements plus fins et peut-être plus sûrs.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Comportement des intradermoréactions hormonales en psychiatrie (Comportamento delle intradermoreazioni ormoniche in psichiatria), par Piero SAGRIPANTI et Piero TAVERNA (de Voghera). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 2, 1953, p. 241-254).

Les auteurs ont fait des intradermoréactions à la folliculine, à la progestérone, à l'antéhypophyse et à la testostérone chez 100 malades mentales. Ils ont noté, en particulier, une moindre réactivité et un désordre du cycle ovarien dans la schizophrénie, une augmentation de la réaction à l'antéhypophyse dans les états dépressifs post-ménopausiques. Cette méthode semble applicable pour fixer les indications d'un traitement hormonal des psychoses. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur une fraction biologiquement active dans les préparations opothérapiques injectables, par Jean CHOAY et Edmond VAIREL. (*Bull. de la Société française de thérapeutique et de pharmacodynamie de Paris*, séance du 17 juin 1953).

Des résultats cliniques indéniables ont été obtenus avec les extraits opothérapiques injectables et, en particulier, avec ceux d'anté-hypophyse. Ces résultats ne pouvant être imputables à des hormones qu'on ne retrouve qu'à l'état de traces dans ces produits, les auteurs ont recherché et isolé de ces extraits une fraction qui potentialise l'activité d'au moins trois des hormones de l'anté-hypophyse : corticotrope, somatotrope et gonadotrope.

Quelques caractères physico-chimiques de cette fraction sont indiqués : elle est soluble dans l'eau et dans l'alcool ; elle présente une fluorescence bleue intense en lumière ultra-violette ; les glandes endocrines semblent en être plus riches que les organes végétatifs.

L. R.

La réaction diencéphalo-endocrinienne de l'encéphalographie gazeuse, par G. BOUDIN, J. BARBIZET et J. LEPRAT (de Paris). (*La Presse médicale*, 22 septembre 1954).

A côté des données qu'elle fournit sur la morphologie et la cytologie cérébrale, l'encéphalographie gazeuse a un retentissement diencéphalo-hypophysaire dont les auteurs précisent les caractères. En effet, l'introduction d'air dans les espaces sous-arachnoïdiens entraîne une série de manifestations : troubles de la soif et de la diurèse ; troubles du sommeil ; troubles de la régulation thermique ; modifications de la formule sanguine (leucocytose, lymphopénie et éosinopénie, qui traduisent une réponse cortico-surrénale, liée sans aucun doute à une décharge de cortico-stimuline hypophysaire, les auteurs ayant pu éliminer le rôle d'une décharge adrénalinique éventuelle due à la peur ou à la douleur de l'insufflation) ; modification de la glycémie dans le sens flèche hyperglycémique ; modification de la fixation de l'iode radio-actif, l'augmentation du taux et de la vitesse de fixation témoignant d'une hyperactivité thyroïdienne ; modification de la fonction sexuelle, dont l'étude n'est qu'ébauchée. La connaissance de ces faits permet d'envisager, dans certains cas, l'utilisation de la pneumo-encéphalographie comme test de fonctionnement diencéphalo-hypophysaire. Les résultats fournis, comparés à ceux obtenus par injection d'A.C.T.H. et de T.S.H., permettraient alors de préciser le niveau lésionnel dans la chaîne des réactions : diencéphalique, hypophysaire ou glandulaire périphérique.

L. R.

Contribution chronaximétrique à l'étude de la somatotrophine hypophysaire, par Paul CHAUCHARD, M^{me} Henriette MAZOUÉ et Raoul LECOQ. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 7 décembre 1953).

De l'étude faite sur le rat au moyen de la technique chronaximétrique, les auteurs montrent que les résultats obtenus sont en rapport avec l'emploi, de plus en plus généralisé, de la somatotrophine en thérapeutique, que l'on considère, de façon générale, en opposition avec le système A.C.T.H.-cortisone. Quoique d'origine antéhypophysaire, la somatotrophine jouit de propriétés pharmacodynamiques spéciales, caractérisées par des antagonismes hormonaux et vitaminiques opposés à ceux de l'A.C.T.H. Excitante au lieu d'être dépressive, acidosique au lieu d'être alcalosique, elle inhibe les effets de la cortisone, mais pas ceux de la désoxycorticostérone.

L. R.

Les syndromes hypothalamiques d'origine endocrinienne, par Jean WEILL et M^{me} J. BERNFELD (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 26 novembre 1953).

Les auteurs décrivent une entité clinique nouvelle : syndrome dû à la perturbation des diverses fonctions diencéphaliques et constitué par des manifestations endocriniennes, métaboliques, végétatives, psychiques et tissulaires. Le groupement clinique, très variable, de ces troubles, semblait les situer dans des chapitres disparates de la pathologie. La connaissance plus approfondie de la physiologie hypothalamique a permis d'en rassembler les éléments en une pathogénie commune.

A côté de rares lésions locales organiques et de répercussions psychiques fonctionnelles, le syndrome hypothalamique est fréquemment déclenché par des perturbations endocriniennes primitives. Notons que la nature du dérèglement causal n'entraîne aucune spécificité dans la symptomatologie, qui dépend plutôt d'une réactivité diencéphalique particulière. Découvrir à ce syndrome une origine endocrinienne est d'un intérêt thérapeutique capital, permettant par la seule correction du trouble hormonal la régression de symptômes diencéphaliques très disparates.

L. R.

Coma hypopituitaire au cours d'un adénome hypophysaire. Etude physiopathologique et thérapeutique, par Jacques DECOURT, M. DAVID, J.-P. MICHARD et B. WEILL. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 5 février 1954).

La grande insuffisance hypophysaire, telle qu'on l'observe dans le syndrome de Simmonds-Sheehan et dans certains adénomes chromophobes de l'hypophyse, aboutit fréquemment à un coma dont l'aspect clinique et la physiopathologie varient quelque peu selon que domine l'hypothyroïdie, l'hypoglycémie ou l'insuffisance surrénale. Dans les cas d'adénomes chromophobes, qui sont souvent volumineux, on risque de méconnaître l'origine endocrinienne du coma. Dans le cas rapporté, l'insuffisance cortico-surrénale était au premier plan. Plusieurs épisodes comateux furent observés. Chaque fois, l'administration, soit d'A.C.T.H., soit de cortisone, provoqua le retour à la conscience, en même temps que l'équilibre hydro-électrolytique et l'électro-encéphalogramme redevenaient normaux. Un équilibre parfait fut obtenu par de faibles doses de cortisone et d'extrait thyroïdien. Mais la malade devait succomber à l'ablation de son adénome, qui fut effectuée à tort sous hibernation. Cette pratique est à condamner chez les hypopituitaires, qui se trouvent déjà dans des conditions comparables à celles de l'hibernation et qui opèrent difficilement leur réchauffement.

L. R.

Syndrome de cachexie hypophysaire. Etude anatomo-clinique, par A. PELLETIER, A. BLAIS, L. LEMIEUX et G. DROLET (*Laval médical*, Québec, vol. 18, n° 2, février 1953, un extrait de 8 pages).

Les auteurs rapportent un cas assez typique de cachexie hypophysaire chez une femme de 55 ans avec amaigrissement de 52 à 42 kg., atrophie hypophysaire (le lobe antérieur est réduit à une mince couche cellulaire périphérique entourant une plage centrale scléreuse), petits adénomes micro-vésiculaires du corps thyroïde. L'anorexie nerveuse et la maladie d'Addison sont éliminées. Les auteurs discutent l'origine du syndrome.

V.-J. DURAND.

Un cas singulier de « fantôme spéculaire ». Phénomène héautoscopique comme état permanent dans une tumeur de l'hypophyse, par K. CONRAD (de Homburg, Saar). (*L'encéphale*, t. 43, 1953, n° 4, p. 338-352).

L'auteur rapporte une intéressante observation de tumeur de l'hypophyse présentant depuis sept ans la vision d'un fantôme spéculaire, le malade

croisant reconnaître son visage dans un miroir. C'est huit jours après l'apparition de la cécité totale due au développement de la tumeur que ce fantôme fut observé pour la première fois. Le phénomène est caractérisé par sa constance, ses déplacements, suivant les mouvements du propre visage du malade. Il fait discuter les rapports avec les hallucinations spéculaires antérieurement décrites et avec les membres fantômes de l'amputé. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Vœu concernant les boissons alcoolisées dans les colonies, par M. RICHARD. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 1^{er} mars 1955).

M. Richard, rapporteur, au nom de la Commission de l'alcoolisme, demande à l'Académie d'émettre une série de *vœux* tendant à lutter efficacement contre la contrebande des boissons alcoolisées, à limiter les quantités de boissons alcooliques par un contrôle rigoureux des licences d'importation, à appliquer immédiatement la loi sur les alcooliques dangereux dans les territoires d'outre-mer et à organiser des cures obligatoires de désintoxication, à interdire dans les territoires africains la distillation des produits alcooligènes. — Ces *vœux* sont *adoptés*.

L. R.

Observations sur l'enseignement des principes de l'hygiène mentale aux étudiants en médecine. (Observations on the teaching of the principles of mental health to medical students), par D. R. MAC CALMAN (de Leeds). (*The British Journal of medical Psychology*, vol. 26, n° 2, 1953, p. 140-151).

L'auteur donne ici un aperçu du rapport présenté par lui à la Fédération mondiale de la santé mentale, exprimant d'une part son opinion sur les conditions les meilleures de l'introduction dans le cours des études médicales d'éléments de psychologie et d'hygiène mentale, et, d'autre part, les avis formulés par différents auteurs dans des communications personnelles inédites. Le nombre d'heures à consacrer aux problèmes psychologiques est variable : 370 heures sont recommandées par le « Group for the advancement of Psychiatry » ; la moyenne pratiquement obtenue aux Etats-Unis est de 152 heures. En Grande-Bretagne, les chiffres sont encore plus bas. Quoi qu'il en soit, tous sont d'accord pour reconnaître l'importance d'un tel enseignement.

V.-J. DURAND.

ASSISTANCE

Quelques notes sur l'amélioration du cadre psychologique et matériel de la vie collective, par le Dr R.-H. HAZEMANN, inspecteur divisionnaire de la santé à Paris, professeur à l'Institut d'urbanisme de Paris (*Revue de l'économe*, mars 1955).

Ce n'est pas seulement dans l'éclosion des maladies que se fait sentir l'influence du milieu, elle joue également un grand rôle dans leur thérapeu-

tique, particulièrement lors du traitement des troubles neuro-psychiques. M. R.-H. Hazemann résume ici les indications qui découlent du rôle du nombre des malades dans la collectivité hospitalière et de l'importance des aménagements des établissements selon des principes souvent encore erronés.

Un établissement sanitaire ne saurait sans inconvénients comporter plus de 500 lits et M. R.-H. Hazemann souligne les inconvénients de tous ordres résultant d'un « gigantisme exacerbé », tant au point de vue financier qu'au point de vue thérapeutique.

Il s'élève contre les constructions et les aménagements de « style clinique » métallique et chromé, aux peintures brillantes et glacées, aveuglantes. Il incrimine l'organisation de certains hôpitaux pour enfants rendus ainsi responsables de l'« hospitalisme », les méfaits du bruit, ceux des décorations niaisées. Au calme doivent être associées des dispositions assurant l'intimité (chambres individuelles ou à petit nombre de lits selon les cas). Il est nécessaire de se rapprocher le plus possible des conditions habituelles d'existence d'un milieu familial permettant à volonté l'isolement ou la réunion dans un cadre harmonieux, aéré, lumineux, net et propre. La musique, et en particulier une musique collective, adaptée au lieu, à l'heure et aux individualités présentes, contribuera à la naissance d'une ambiance désirable. Installation technique et conditions psycho-sociales, psychothérapiques, doivent être associées dans la thérapeutique hospitalière moderne.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

La psychothérapie institutionnelle française contemporaine, par G. DAUMÉZON et Ph. KŒCHLIN (de Paris). (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 271-311).

Les auteurs montrent les conditions générales dans lesquelles se sont développées les méthodes françaises de psychothérapie institutionnelle à l'hôpital psychiatrique. Ils en décrivent successivement les sources, au XIX^e siècle, la mise en pratique récente de conceptions doctrinales diverses, et insistent surtout sur les principales réalisations. Celles-ci comprennent surtout : organisation du travail, modifications des cadres traditionnels de l'établissement, activités collectives, aménagement des loisirs, sports, journaux. Un gros effort est encore nécessaire, l'encombrement ne permettant pas l'application d'un programme complet.

V.-J. DURAND.

Visages de la psychothérapie, par M. BERGOUIGNAN. (*Bulletin de la Société médicale de Pau*, juillet 1953, p. 3-5).

Si la psychothérapie a changé d'aspect au cours des siècles, si elle s'est profondément modifiée et enrichie depuis le développement de la psychanalyse, elle demeure toujours « un des sommets de l'art de guérir ». Il est possible de reconnaître la place inégalée à attribuer au processus de transfert, par l'établissement d'une relation personnelle entre malade et médecin. Ce transfert ne peut se faire si la psychothérapie est trop brève, comme dans la narco-analyse. Beaucoup de progrès sont encore à attendre en psychothérapie.

V.-J. DURAND.

Le facteur thérapeutique en psychothérapie. (The therapeutic factor in psychotherapy), par H. GUNTRIP (de Leeds). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 26, n° 2, 1953 p. 115-132).

Le facteur thérapeutique en psychothérapie repose sur les relations entre malade et médecin. Ces relations sont d'abord de type parental. La maturité de cette situation où le psychothérapeute est un substitut parental conditionne le succès du traitement. Le facteur de transfert a été reconnu depuis longtemps en psychanalyse. Le malade transfère sur son médecin des réactions infantiles réprimées. En même temps, il développe des besoins dirigés sur l'analyste. Il recherche un amour protecteur. Trois obstacles principaux peuvent empêcher la réussite de la cure : l'inhabileté du malade à se débarrasser de ses troubles, son refus d'abandonner ses symptômes, les difficultés à créer de bonnes relations objectales. Pour être guéri, le patient doit entrer dans une bonne relation objectale avec le thérapeute.

V.-J. DURAND.

Principes de la psychothérapie de groupe. (Principles of group psychotherapy), par Walter GOLDFARB (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 7, n° 3, juillet 1953, p. 418-432).

L'auteur passe en revue les principes directeurs des diverses méthodes de psychothérapie de groupe. Il décrit particulièrement la structure du groupe et les effets des différents instruments thérapeutiques employés par le psychothérapeute, depuis les techniques répressives et inspirationnelles jusqu'aux méthodes psychanalytiques. Le nombre de huit malades des deux sexes paraît le plus favorable pour constituer le groupe de traitement. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Traitement des troubles des malades amputés par l'inhibition hypnotique. (Treatment of disorders of amputated subjects by hypnotic inhibition), par M. BACHET et Cl. WEISS (de Paris). (Un extrait de 6 pages de *The british Journal of medical Hypnotism*, automne 1952).

Les auteurs décrivent la méthode employée pour le traitement des amputés au moyen de l'inhibition hypnotique. Ils rappellent la technique utilisée, les bons résultats obtenus dans 80 % des cas, les causes des échecs possibles. Certains chirurgiens, comme Padovani, à Paris, ont compris l'intérêt de ce procédé et le soulagement qu'il peut apporter à leurs blessés. Au point de vue de l'interprétation de l'action thérapeutique, les conceptions de Pavlov sur les mécanismes de l'inhibition peuvent être invoquées.

V.-J. DURAND.

Recherches psychiatriques sur les conséquences de l'interruption artificielle de la grossesse, par Selma SIEGFRIED, (de Zürich). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 67/2, p. 365).

Première étude systématique sur ce sujet en Suisse. Examen catamnestique approfondi de 61 femmes ayant subi une interruption sur indication psychiatrique. Les cas de schizophrénie, épilepsie et débilité grave ont été

éliminés pour ne tenir compte que des cas de troubles psychiques légers : névroses, débilités légères et psychopathies, afin que la réaction à l'interruption reste compréhensible. L'auteur considère successivement les suites opératoires, les conditions sociales, l'attitude vis-à-vis des enfants, les modifications de la sexualité et des menstruations, l'état général, puis principalement les altérations de la personnalité et l'attitude des malades vis-à-vis de l'interruption. Dans 59 % des cas, la réaction fut normale ; dans 28 % elle fut de l'indifférence (débiles, dénuées de sentiments maternels, déçues de la vie, etc.). Dans 13 % des cas, elle fut défavorable : remords religieux, regret de l'enfant et instinct maternel insatisfait, modification des règles et de la sexualité. Il s'agit en général de femmes d'intelligence moyenne ou au-dessous de la moyenne, au sens de responsabilité développé, sensibles et maternelles. On peut estimer, ajoute l'auteur, que le plus souvent la continuation de la grossesse aurait eu des conséquences au moins aussi défavorables. L'inverse se produit cependant dans un petit nombre de cas : ceux en général où l'on a trop tenu compte de l'état momentané de la femme enceinte et pas assez de son passé. D'où la nécessité d'étudier soigneusement chaque personnalité.

H. BERSOT.

Les accidents de la cortisone et de l'A.C.T.H., par L. DE GENNES (de Paris). (*La Presse médicale*, 9 mars 1955).

Si la cortisone, l'hydrocortisone et l'A.C.T.H. ont apporté à la thérapeutique une arme nouvelle d'une puissante efficacité, nul praticien ne doit ignorer que cette arme est à double tranchant, qu'elle doit être réservée (en dehors des actions locales toujours inoffensives) aux cas graves, où elle est irremplaçable, à la maladie d'Addison, au cours de laquelle elle est salvatrice et n'entraîne jamais d'accidents, ou aux maladies courtes où elle ne saurait être dangereuse en raison des faibles doses employées.

Faute de ces indications précises, elle risque d'être un remède qui serait pire que le mal.

L. R.

Périartérite noueuse. Encadrement de la symptomatologie neurologique et valeur de la thérapeutique A.C.T.H.-cortisone. (Periarterite nodosa. Inquadramento della sintomatologia neurologica e valore della terapia A.C.T.H.-cortisone), par L. CANESTRINI et F. DI BIAGIO (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 3, mai-juin 1953, p. 217-240).

Les symptômes neurologiques sont très importants dans le tableau clinique de la périartérite noueuse, affectant les systèmes nerveux central et périphérique, réalisant des aspects variés, actuellement mieux connus, mais parfois négligés. Il faut y penser même en cas de biopsie négative. Quant à l'emploi de l'A.C.T.H. et de la cortisone, encore discuté dans sa valeur et même son innocuité, il est susceptible de donner des résultats intéressants. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Thérapeutique neuroplégique et hibernation artificielle. Essai d'éclaircissement d'une équivoque, par H. LABORIT (de Paris). (*La Presse médicale*, 6 mars 1954).

L'auteur montre comment, depuis 1947, cherchant à interdire, expérimentalement et en clinique chirurgicale, les désordres post-agressifs graves d'origine neuro-végétative, il a été amené à proposer l'emploi de substances dites ganglioplégiques, puis d'associations médicamenteuses à action d'inhibition végétative multifocale, centrale et périphérique. Cette neuroplégie a été à l'origine de l'anesthésie potentialisée. Ces notions ont provoqué la recherche dans la même série de la phénothiazine d'un corps plus puissamment potentialisateur anesthésique que le phénergan et le diparcol, utilisés par lui précédemment, et l'étude pharmacologique du 4560 R.P. par Courvoisier et collaborateurs. Il rappelle l'étude clinique princeps concernant ce produit qu'il a faite en collaboration avec Huguenard et Alluaume. Il en résume ensuite le mécanisme d'action sur la température centrale et le métabolisme et défend la validité des études expérimentales et cliniques concernant l'hibernation artificielle. La distinction entre syndrome réactionnel et syndrome lésionnel est indispensable pour comprendre et appliquer la thérapeutique neuroplégique et l'hibernation artificielle.

L. R.

Les limites de l'hibernothérapie en chirurgie cérébrale. L'insuffisance diencéphalo-hypophysaire, par G. LAZORTHES et L. CAMPAN. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 1^{er} décembre 1953).

Partisans convaincus de l'hibernothérapie, les auteurs rapportent deux cas d'hypersensibilité à cette méthode. Le premier concerne un malade en état d'hypopituitarisme et le second un malade ayant présenté une nécrose diencéphalique probable. Des faits superposables s'observent chez certains traumatisés crâniens. Les auteurs mentionnent la relative fréquence d'un syndrome cachectisant survenant chez des malades ayant primitivement bénéficié de l'hibernation ; l'hypothèse d'une insuffisance diencéphalo-hypophysaire, due à des lésions apparues malgré ce traitement, peut être envisagée.

Remarquable contre les processus d'irritation centrale, l'hibernothérapie trouve la limite de ses indications lorsque intervient un processus de destruction ou d'insuffisance. Il semble alors qu'une thérapeutique endocrinienne soit parfois indiquée.

L. R.

Traitement de l'ictus apoplectique cérébral vasculaire par l'injection intra-veineuse unique de chlorpromazine, par R. LACASSIE (de La Teste, Gironde). (*La Presse médicale*, 10 mars 1954).

La chlorpromazine trouve une indication thérapeutique majeure dans l'ictus apoplectique avec hypertension. Plus que d'usage hospitalier, elle est une drogue d'urgence extrême devant être employée sur les lieux mêmes du drame apoplectique et doit être injectée dans la veine, sous le contrôle du chronomètre et du sphygmotensiomètre.

Selon que son emploi est plus ou moins précoce, elle minimise les séquelles paralytiques et les rend plus curables ; elle assure une survie définitive ou seulement de quelques jours, quelle que soit la gravité initiale apparente. Bloquant le mécanisme de l'ictus, la chlorpromazine donne à la neurochirurgie des possibilités supplémentaires d'intervention. L. R.

Faut-il opposer une thérapeutique « neuroplégique » aux accidents vasculaires des lésions nerveuses graves ? (syndrome d'irritation), par G. TARDIEU (*La Presse médicale*, 30 janvier 1954).

Relatant ses recherches expérimentales des treize dernières années, l'auteur invite à la prudence dans le maniement des thérapeutiques « neuroplégiques » chez l'homme. Ces traitements devraient être logiquement contre-indiqués, selon l'opinion classique qui attribue les accidents vasculaires des lésions nerveuses à une inhibition des centres vaso-moteurs. En réalité, ce sont des réflexes pathogènes liés à l'irritation du système nerveux et non à une paralysie de celui-ci qui sont en cause. Cette constatation légitime théoriquement les thérapeutiques « neuroplégiques ». Mais, en pratique expérimentale, la neuroplégie se révèle trop souvent insuffisante aux doses non toxiques. Les recherches de l'auteur ont porté sur de nombreuses drogues : yohimbine, atropine, antihistaminiques, « ganglioplégiques » (procaine, tétraéthyl-ammonium, méthonium, curarisants), à doses diverses, sur le mode continu ou discontinu, utilisées isolément ou en association. Une neuroplégie directe par section ou infiltration a également été tentée. Les essais ont porté sur la moelle, les racines ou les formations végétatives périphériques.

Pour ne pas se leurrer sur l'efficacité d'une drogue, ajoute l'auteur, il faut, soit l'éprouver sur une atteinte à coup sûr mortelle, soit disposer de larges statistiques, si l'agression est inconstamment mortelle chez les témoins. Le progrès que constitue la chlorpromazine est certain, mais d'autres sont nécessaires.

L. R.

Méthodes d'hibernation artificielle ; étude expérimentale comparée, par J. CAHN, M^{lles} DUBRASQUET, J. BODIOT et J.-M. MELON. (*Bull. de la Société française d'anesthésie et d'analésie*, séance du 24 novembre 1953).

L'état d'hibernation artificielle peut être obtenu avec d'autres associations que : chlorpromazine, prométhazine, pirodosal. Les auteurs donnent un protocole expérimental qui leur a permis, en observant les courbes d'hypothermie, les modifications de la dynamique circulatoire, la résistance de l'encéphale et du cœur à l'anoxie, de juger la valeur de diverses associations ; ils ont ainsi retenu l'association : hydergine-prométhazine-pirodosal.

L. R.

Hibernothérapie et cures neuroplégiques en psychiatrie, par J. DELAY et P. DENIKER. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 22 février 1955).

Les auteurs ont utilisé, depuis trois ans, une technique de neuroleptie plus simple que la narcothérapie, la cure de sommeil et l'hibernation arti-

ficielle. Elle consiste dans l'administration d'une phénothiazine douée d'une action centrale et périphérique, la chlorpromazine, qui entraîne la chute de la tension mentale et nerveuse et le blocage du réflexe orthostatique. La réserpine a des effets comparables dans une certaine mesure. La principale indication de la méthode est donnée par les états d'agitation et d'excitation ; elle a permis de supprimer les moyens de contention dans les services d'agités.

L. R.

Les indications du traitement de diverses affections neuropsychiatriques par la chlorpromazine, par J. SIGWALD. (*Le bulletin médical*, 67^e année n° 12, 15 juin 1953, p. 319-322).

La chlorpromazine (4560 R.P.) se montre riche d'applications en neurologie et en psychiatrie. L'auteur en précise l'action et les modes d'administration, le plus employé par lui étant la voie buccale. Il indique les incidents possibles et les précautions à prendre, puis étudie les indications psychiatriques. Elles sont très nombreuses, comprenant presque toutes les affections mentales, à l'exception des démences et des troubles liés à des lésions organiques du cerveau. Les succès sont nombreux, que le produit soit utilisé seul ou en association avec d'autres méthodes. Quant au domaine neurologique, il faut mettre au premier plan l'action antalgique du remède et aussi ses propriétés hypnotiques.

V.-J. DURAND.

PSYCHIATRIE MEDICO-LEGALE

Les psychoses alcooliques en psychiatrie médico-légale (Alkoholne psihoze sa gledista forenzične psihijatrije), par D. JULIUS et N. BOHACEK (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 1, 1953, p. 21-26).

Les auteurs étudient quarante-huit cas de psychoses alcooliques soumises à examen médico-légal depuis 1920 jusqu'à 1952. Dix-neuf appartenaient à l'alcoolisme chronique. Il y avait, d'autre part, cinq cas de delirium tremens, seize d'excitation maniaque, quatre de paranoïa alcoolique, trois d'ivresses et un d'hallucinoïse alcoolique. Parmi les nombreuses formes de délits ou crimes, le meurtre fut le plus fréquent (19). L'alcoolisme chronique et la paranoïa apparurent le plus souvent entre 40 et 60 ans. La question de la responsabilité est évoquée. Une nette augmentation des psychoses alcooliques, donnant lieu à examen médico-légal a été observée depuis la dernière guerre.

V.-J. DURAND.

Sur le pronostic de la récidive, par le Dr Auguste LEY, professeur honoraire de psychiatrie à l'Université de Bruxelles. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, mars 1955).

Le pronostic de la récidive ne se déduit pas de la constatation de l'état mental du sujet, de son hérédité ou de son passé. Il réside tout entier dans la connaissance du milieu où rentrera le récidiviste, dans l'efficacité du

contrôle et de la tutelle, lesquels doivent être stricts, permanents, prolongés.

L'expérience des commissions des annexes psychiatriques atteste la supériorité des mesures de surveillance et de tutelle sur les peines à répétition, et cela chez des sujets anormaux, déséquilibrés, plus que d'autres enclins aux délits.

Conclusions basées sur l'étude comparée des dossiers de 90 récidivistes considérés comme « incorrigibles » et de 50 dossiers de condamnés n'ayant pas récidivé depuis cinq ans.

L. R.

Jeunes délinquantes. (Jugendliche Rechtsbrecherinnen), par C. A. LOOSLI (de Berne). (*Gesundheit und Wohlfahrt*. Revue Suisse d'Hygiène, 33^e année, n° 5, mai 1953, p. 238-250).

L'auteur cherche à expliquer pourquoi le chiffre des délinquantes est inférieur de beaucoup au chiffre des hommes traduits devant les autorités judiciaires, malgré des charges héréditaires égales et des milieux aussi défavorables. Au point de vue sexuel, caractérologique et social, les filles sont plus mûres, plus habiles que les garçons du même âge. Pour seconder les jeunes délinquantes, il faudrait des conseillères, des assistantes possédant les qualités professionnelles, caractérologiques et intellectuelles nécessaires. La rééducation doit envisager le perfectionnement professionnel, surtout dans le domaine ménager. Les problèmes des loisirs sont également très importants.

V.-J. DURAND.

Reflexions critiques sur la prévention soi-disant générale, par Olof KINBERG (de Stockholm). (*Theoria A Swedish Journal of Philosophy and Psychology*, vol. 19, nos 1-2, 1953, p. 42-62).

L'action préventive générale des sanctions est loin d'être prouvée. L'influence anticriminelle du code pénal est limitée à certains groupes de sujets : ceux mentalement normaux et sains, c'est-à-dire ceux qui ont le moins besoin d'être prémunis. En cas d'opposition entre les prescriptions du code et les opinions morales courantes, celles-ci prédominent. Il faudrait appliquer aux criminels des mesures pratiques suffisantes et rationnelles pour renforcer l'influence préventive diffuse du code. Beaucoup de réformes sont encore à accomplir.

V.-J. DURAND.

La cour d'assises et la psychologie du jury, par B. SALINGARDES (avocat général près la cour d'appel de Riom). (*Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 1-2, juin 1953, p. 5-18).

Exposant la composition du jury, son mode de recrutement, ses conditions actuelles de fonctionnement aux assises, l'auteur s'étend plus particulièrement sur les réactions psychologiques des jurés. Ceux-ci ont une certaine « fraîcheur d'esprit qui les éloigne de la routine et de la placidité des magistrats professionnels ». Leur attention est souvent difficile à fixer et surtout à maintenir en éveil ; la compréhension peut être insuffisante, les éléments affectifs sont très importants, pouvant perturber les facultés de

jugement et d'objectivité. Certaines suggestions sont faites, permettant d'améliorer le fonctionnement du jury. Il faudrait correctionnaliser les crimes de second ordre. Avant l'audience, un exposé précis du régime pénitentiaire pourrait être fait pour éclairer les jurés.

V.-J. DURAND.

Faut-il modifier notre loi de défense sociale, par le Dr Jacques LEY.
(*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, février 1955).

A propos des discussions actuelles sur une éventuelle révision de la loi belge du 9 avril 1930, M. Jacques Ley rappelle les faits essentiels qu'il est nécessaire d'avoir présents à l'esprit. Sous forme d'aphorismes, il indique combien la matière est variable, mouvante, complexe, et la nécessité d'adopter un principe unique de répression et de réadaptation : défense sociale et sentence relativement indéterminée, rigoureusement contrôlée dans ses modalités d'exécution, périodiquement révisée. Il proteste contre la tendance à faire passer le médecin du rang de collaborateur à celui d'informateur et demande que soit développée la collaboration entre juristes, médecins et sociologues. Il souligne les bons résultats déjà obtenus en dépit de moyens matériels insuffisants dont il demande le développement.

Sans nier que la loi présente quelques inconvénients (qu'il a lui-même déjà signalés), il estime que c'est sa pratique qui apportera les éléments d'une révision utile en perfectionnant les techniques, en formant des médecins et des magistrats compétents en psychopathologie, en créant des institutions nouvelles pourvues d'un personnel médical suffisant assisté de psychologues, d'assistantes sociales, d'éducateurs, en augmentant les moyens de réadaptation sociale. Cela, à l'aide d'un budget décuplé. Il convient d'abord, conclut M. Jacques Ley, d'appliquer et de perfectionner ce qui existe. Cela importe davantage que de savoir si l'on a « appliqué une peine ou une mesure de sûreté, ou un traitement, que celui-ci soit médico-pénal ou péno-médical, ou rééducatif, ou médico-psychologique ». C'est de la souplesse du texte que dépend son efficacité.

René CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 14 mars 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'Hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, à Paris (XIII^e arrondissement), dans le service du professeur agrégé Léon Michaux.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mars 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 avril 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 mai 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mai 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

Mlle le D^r Lucie BOUDERLIQUE, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Nominations

M. le D^r Henri Doussor est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Lesvellec (Morbihan) ;

Mlle le D^r LALLEMAND est nommée médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Lesvellec (Morbihan) ;

M. le D^r François MOLLET est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord) ;

M. le D^r N. NEUVÉGLISE est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées).

Directeur administratif :

M. Guy FOLLET est nommé directeur administratif de l'hôpital psychiatrique de Pau (Basses-Pyrénées).

Ordre de la Santé publique

Ont été promus ou nommés dans l'*Ordre de la santé publique* :

Commandeur :

M. le D^r J. SALOMON, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan).

Officier :

M. le D^r G. DAUMÉZON, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, à Paris ;

M. le D^r M. HACQUART, médecin-chef au Centre psychothérapique de Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Chevalier :

M. le D^r J.-L. MASSOT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique Sainte-Madeleine, à Bourg (Ain) ;

Mme le D^r Y. MATHEY, médecin-chef au Centre psychiatrique de Brentyla-Couronne (Charente) ;

M. le D^r P. MERLAND, médecin-chef au Centre d'hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D^r J. MIGNARDOT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Ylie (Jura) ;

M. le D^r J. SCHOENNAGEL, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la circonscription sanitaire de Lille.

Le mercredi 6 avril 1955, à 9 heures, il sera ouvert, à l'hôpital de la Charité, à Lille, un concours pour la nomination de 15 internes en médecine des hôpitaux psychiatriques de la circonscription sanitaire de Lille.

Le registre d'inscription est ouvert à l'Inspection divisionnaire de la santé, 26, rue d'Inkermann, Lille. Il sera clos le mardi 15 mars, à 18 heures.

Création de 19 postes d'externe en médecine au Centre psychiatrique de Sainte-Anne.

Le Conseil général du département de la Seine, dans sa séance du 17 décembre dernier, a autorisé le préfet de la Seine à créer au Centre psychiatrique de Sainte-Anne, à compter du 1^{er} janvier 1955, 19 postes d'externe se répartissant ainsi : Clinique de la Faculté, 8 postes ; service de neuro-chirurgie, 6 postes ; Hôpital Henri-Rousselle, 5 postes.

Ces externes bénéficieront d'une rémunération identique à celle allouée aux externes en médecine des hôpitaux de Paris. La dépense résultant de cette mesure sera imputée sur le budget de l'établissement.

Création au Centre psychiatrique de Sainte-Anne de 18 postes d'auxiliaire médical.

Le Conseil général du département de la Seine, dans sa séance du 17 décembre 1954, a autorisé la création, au Centre psychiatrique de Sainte-Anne, à compter du 1^{er} avril, des postes ci-après :

Service de l'Hôpital Henri-Rousselle : 6 postes de psychologue, 2 postes de kinésithérapeute, 4 postes de rééducateur de la parole.

Service de la Clinique de la Faculté : 3 postes de psychologue.

Service de neuro-chirurgie : 2 postes de kinésithérapeute, 1 poste de psychologue.

Création de postes d'interne en pharmacie à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard et à l'hôpital psychiatrique de Vaucluse.

Dans sa séance du 17 décembre 1954, le Conseil général a autorisé le préfet de la Seine à créer, à compter du 1^{er} avril 1955, un poste d'interne en pharmacie à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard et un poste de même nature à l'hôpital psychiatrique de Vaucluse. La dépense sera imputée sur les crédits qui seront ouverts à cet effet aux budgets des établissements intéressés dudit exercice.

SOCIÉTÉS

Création d'une Société médicale d'orientation professionnelle.

Depuis huit ans, un groupe de médecins d'orientation professionnelle s'est donné la tâche d'étudier des questions de pratique médicale d'orientation professionnelle et il leur a paru que la constitution d'une association de médecins d'orientation professionnelle pouvait avoir sa raison d'être : élargir le groupe en accueillant les travailleurs que ces questions intéressent, mettre des sujets à l'étude, sous la direction d'un chef d'équipe, discuter des problèmes rencontrés au cours de consultations, et qui apparaissent chaque jour plus nombreux.

Le *Comité d'honneur* réunit les noms de M. LONGCHAMON, secrétaire d'Etat à la Recherche scientifique, des professeurs LAUGIER et PIÉRON, directeurs de l'Institut national d'orientation professionnelle, du D^r DOUADY, directeur de l'hygiène scolaire et universitaire, du professeur agrégé BOLTANSKY, du professeur RAYMOND, vice-président de la médecine du travail, du D^r SIVADON.

La *Société médicale d'orientation professionnelle* se réunira tous les deux mois en séance publique à l'Institut national d'orientation professionnelle (la première réunion a eu lieu le 27 janvier, à 17 heures ; deuxième réunion le 27 mars, à 10 heures). Chaque séance comprendra une communication sur un travail original, l'étude clinique de cas médicaux difficiles en orientation professionnelle et une mise au point de pratique courante.

Le compte rendu des séances paraîtra dans le *Bulletin de l'Institut national d'orientation professionnelle*.

Renseignements et adhésions au *secrétariat de la Société médicale d'orientation professionnelle*, 72, rue de Sèvres, Paris, 7^e.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

IV^e Congrès international de l'Académie de médecine légale et de médecine sociale.

Le IV^e Congrès international de médecine légale et de médecine sociale organisé sous le patronage de l'Académie internationale de médecine légale et de médecine sociale se tiendra à Gênes, du 13 au 18 octobre 1955, sous la présidence de M. le professeur MACAGGI.

Secrétariat général du congrès : Institut de médecine légale, via de Toni, Gênes.

THÉRAPEUTIQUE

La consommation des barbituriques aux Etats-Unis.

Les médecins, aux U.S.A., utilisent une quantité sans cesse grandissante de barbituriques (de 3 à 4 milliards de doses par an) et il semble y avoir actuellement 50.000 malades permanents traités par barbituriques, à côté des malades en traitement passager. Les autorités s'en inquiètent, mais d'après les dernières mises au point, il semble bien que : 1^o les prescriptions injustifiées (par habitude routinière ou insomnies constantes) sont rares et ne justifieraient pas une nouvelle législation concernant ces produits ; 2^o la plupart des médecins souhaiteraient se libérer des barbituriques et attendent que l'avancement de la science médicale et des connaissances psychiatriques leur permettent d'agir autrement.

(La Presse médicale, 19 février 1955).

ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE

Election

M. le professeur Jean DELAY, titulaire de la Chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, directeur de l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, est élu *membre titulaire* de l'Académie nationale de médecine.

Psychanalyse et médecine.

Dans sa séance du 1^{er} février 1955, après avoir entendu le rapport présenté par le professeur J. LHERMITTE, au nom de la commission précédemment désignée pour l'étude de cette question, l'Académie nationale de médecine a adopté, à l'unanimité, le *vœu* suivant proposé par la commission :

« Les techniques psychanalytiques et leurs dérivés, en particulier les cures dites psychosomatiques, ne peuvent être appliquées que par un médecin investi de son diplôme. »

Prix proposés par l'Académie pour l'année 1956

Les concours seront clos fin février 1956.

D'une longue liste de prix à décerner par l'Académie en 1955, signalons ici quelques-uns de ceux pouvant intéresser, à divers titres, les auteurs de travaux neuro-psychiatriques. Seuls les prix donnent droit au titre de « lauréat de l'Académie de médecine » ; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Prix de l'Académie (10.000 francs). — anonymat facultatif. — question posée : « L'épilepsie de Brown-Sequard : état actuel de la question ».

Prix Charles Achard (150.000 francs). — anonymat facultatif. — destiné à encourager, faciliter et récompenser tout travail ou toute recherche jugés dignes par l'Académie.

Prix Hélène Achard (2.800 francs). — destiné à encourager, faciliter et récompenser des œuvres ou des recherches intéressant la médecine et accomplies par des femmes.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil) (1.700 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur mémoire sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli (3.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur ouvrage fait dans l'année sur l'électrothérapie.

Prix Baillarger (4.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés consacrés aux aliénés.

Prix du Baron Barbier (4.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues jusqu'à présent incurables comme, l'épilepsie,, etc.

Prix Henri Bordier (2.000 francs). — au meilleur travail sur les applications physiologiques ou thérapeutiques des courants de haute fréquence à ondes longues ou à ondes courtes.

Prix Charles Boullard (3.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur ouvrage sur les maladies mentales.

Prix Bouchet-Renault (6.000 francs). — anonymat facultatif. — destiné à récompenser le dévouement féminin aux malades.

Prix Henri Buignet (2.400 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail français sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Prix du Dr Burgkly (Fondation Bailly-Burgkly) (1.200 francs). — destiné à récompenser les meilleurs travaux sur l'histoire de la médecine.

Prix Civrieux (2.500 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur le traitement et la guérison des maladies provenant de la surexcitation de la sensibilité nerveuse.

Prix Clarens (650 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail sur l'hygiène.

Prix du Conseil général de la Seine (50.000 francs). — pour encourager, faciliter ou récompenser tout travail ou toute recherche jugée digne par l'Académie.

Prix Crapet (8.000 francs). — pour récompenser des travaux faits pour « l'étude de la guérison des maladies ».

Prix Daudet (4.500 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur les maladies reconnues incurables jusqu'à ce jour et plus spécialement sur les tumeurs.

Prix Desportes (1.900 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Gustave Durante (3.500 francs). — anonymat obligatoire. — à des travaux sur l'anatomie pathologique du système nerveux.

Prix Gaston Fournier (7.000 francs). — au meilleur ouvrage sur la médecine du travail.

Prix Jacques Guérétin (1.250 francs). — à des travaux ne s'appuyant que sur des observations puisées dans la clinique humaine, sans aucune vivisection ou expérience sur les animaux.

Prix du Dr Guillaumet (2.600 francs). — anonymat interdit. — au meilleur travail original relatif à l'hygiène de l'enfance.

Prix Catherine Hadot (Epouse Barillier) (12.000 francs). — aux meilleurs ouvrages français sur les maladies ci-après et leur traitement ou guérison : ; 2°épilepsie....., etc...

Prix Théodore Herpin (de Genève) (4.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Jansen (dix parts de 15.000 francs). — destinées à encourager, faciliter ou récompenser des travaux scientifiques d'intérêt médical.

Prix du Baron Larrey (860 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale.

Prix Lefèvre (7.500 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur ouvrage sur la mélancolie.

Prix Henri Lorquet (550 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

Prix A.-J. Martin (2.300 francs). — anonymat facultatif. — « L'hygiène morale dans ses rapports avec l'hygiène physique ».

Prix du Dr Gustave Ollive (de Nantes) (4.200 francs). — destiné à reconnaître ou faciliter le travail scientifique.

Prix Orfila (5.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur du meilleur travail sur une partie quelconque de la médecine.

Prix Pannetier (6.000 francs). — anonymat facultatif. — à l'auteur d'une découverte en médecine ou en chirurgie ou à toute personne qui se sera distinguée dans l'application des découvertes récentes.

Prix du Baron Portal (2.800 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'anatomie pathologique.

Prix Sabatier (750 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur n'importe quelle branche des sciences médicales.

Prix Saintour (7.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Vernois (1.000 francs). — anonymat facultatif. — au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix de la Ville de Paris (100.000 francs). — pour encourager, faciliter ou récompenser tout travail ou toute recherche jugée digne par l'Académie.

Lc Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1955 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.113

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 87.399. — 1955.

C.O.A.L. 31.2330.